Le Sénat

Comité sénatorial permanent des Affaires sociales,
des sciences et de la technologie

La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral

Rapport final sur l'état du système
de soins de santé au Canada

Président :
L'honorable Michael J. L. Kirby

Vice-présidente :
L'honorable Marjory LeBreton

Octobre 2002

Volume six : Recommandations en vue d'une réforme

This document is available in English.

❖ ❖ ❖

Disponible sur l'Internet Parlementaire :
www.parl.gc.ca
(Travaux des comités – Sénat – Rapports récents)
37e législature – 2e session

103-00664/

Comité sénatorial permanent des affaires sociales,
des sciences et de la technologie

Rapport final sur
l'état du système de soins de santé au Canada

La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral
Volume Six :
Recommandations en vue d'une réforme

Président
L'honorable Michael J. L. Kirby

Vice-présidente
L'honorable Marjory LeBreton

OCTOBRE 2002

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES i

ORDRE DE RENVOI vii

SÉNATEURS viii

LISTE DES ABRÉVIATIONS ix

REMERCIEMENTS xi

AVANT-PROPOS xiii

INTRODUCTION 1

PARTIE I : RESPONSABILISATION 5

CHAPITRE UN 7

LA NÉCESSITÉ D'UN RAPPORT ANNUEL SUR L'ÉTAT DU SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ ET SUR L'ÉTAT DE SANTÉ DES CANADIENS 7

1.1 Résumé de quelques points saillants des volumes un à cinq 7

1.1.1 Le rôle du gouvernement fédéral 7

1.1.2 Objectifs de la politique fédérale en matière de soins de santé 8

1.1.3 L'actuel système n'est pas financièrement viable 10

1.1.4 Une garantie nationale de soins de santé est essentielle au succès de la réforme 12

1.2 Améliorer la gouvernance — La nécessité d'un commissaire national aux soins de santé 14

1.2.1 Association médicale canadienne (AMC) 16

1.2.2 Colleen Flood et Sujit Choudry 16

1.2.3 Tom Kent 17

1.2.4 Duane Adams 18

1.2.5 Lawrence Nestman 19

1.3 La proposition du Comité 19

PARTIE II : MESURES VISANT L'EFFICIENCE 25

CHAPITRE DEUX 27

RESTRUCTURATION ET FINANCEMENT DES HÔPITAUX AU CANADA 27

2.1 Méthodes de financement des hôpitaux au Canada : Avantages et inconvénients 29

2.1.1 Financement élément par élément 30

2.1.2 Discrétion ministérielle 31

2.1.3 Financement fondé sur la population 31

2.1.4 Financement par budget global 32

2.1.5 Financement fondé sur les politiques 34

2.1.6 Financement fondé sur les établissements 34

2.1.7 Financement par projet 34

2.1.8 Financement fondé sur les services dispensés 34

2.2 Financement fondé sur les services dispensés : Examen de l'expérience internationale 35

2.2.1 États-Unis *35*
2.2.2 Royaume-Uni *36*
2.2.3 France *37*
2.2.4 Danemark *37*
2.2.5 Norvège *38*
2.2.6 Examen de l'expérience internationale par le comité Bédard *38*
2.3 Justification du financement fondé sur les services dispensés au Canada 39
2.3.1 Pertinence du choix de services *43*
2.3.2 Services excessifs et surévaluation *44*
2.3.3 Taux, information et données *45*
2.3.4 Innovation *46*
2.3.5 Soins de santé complets *46*
2.3.6 Escalade des coûts *46*
2.3.7 Manque de simplicité *47*
2.3.8 Commentaires du Comité *47*
2.4 Les centres universitaires des sciences de la santé et la complexité des hôpitaux d'enseignement 49
2.5 Petits hôpitaux et hôpitaux communautaires ruraux 52
2.6 Financement des besoins en immobilisations des hôpitaux canadiens 54
2.7 Établissements de soins de santé publics ou privés? 57
Annexe 2.1 : Centres universitaires des sciences de la santé et hôpitaux et régies régionales de la santé affiliés 63

CHAPITRE TROIS 67
DÉLÉGUER PLUS DE RESPONSABILITÉS AUX RÉGIES RÉGIONALES DE LA SANTÉ 67
3.1 Un tableau des RRS au Canada 68
3.2 RRS : Objectifs et réalisations 70
3.3 Obstacles qui empêchent les RRS de mettre pleinement à profit leur potentiel 72
3.4 Les RRS et le potentiel des marchés internes 74
3.5 Commentaires du Comité 78

CHAPITRE QUATRE 81
RÉFORME DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES 81
4.1 Pourquoi une réforme des soins de santé primaires est-elle nécessaire? 81
4.2 Les provinces et la réforme des soins primaires 85
4.2.1 Rapports récents *85*
4.2.2 Le Réseau santé-famille de l'Ontario *86*
4.2.3 Québec *90*
4.2.4 Nouveau-Brunswick *91*
4.3 Surmonter les obstacles au changement 92
4.4 Le rôle du gouvernement fédéral 96
Annexe 4.1 : Régime d'envellopes budgétaires pour les omnipraticiens en Grande-Bretagne 99

PARTIE III : LA GARANTIE DE SOINS DE SANTÉ 107

CHAPITRE CINQ 109

DES SOINS DE SANTE EN TEMPS OPPORTUN 109

5.1 Le droit aux soins de santé – Perception du public ou droit reconnu par la loi? 110
5.2 Disponibilité des services couverts par le régime public à l'extérieur du système public de soins de santé 111
5.3 Prestation de soins de santé en temps opportun et article 7 de la *Charte canadienne des droits et libertés* 112
5.4 Commentaires du Comité 119

CHAPITRE SIX 121

LA GARANTIE DE SOINS DE SANTÉ 121

6.1 Le problème des listes d'attente : la perception du public 121
6.2 Le problème des listes d'attente : la situation réelle 122
6.3 L'expérience canadienne 123
6.3.1 Réseau de soins cardiaques de l'Ontario (RSCO) 123
6.3.2 Projet de rationalisation des listes d'attente dans l'Ouest canadien 124
6.4 Expérience internationale 125
6.4.1 Suède 126
6.4.2 Danemark 126
6.5 Recommandations du Comité 128
6.6 Les conséquences possibles d'une non-application de la garantie de soins de santé 132
6.7 Quelques réflexions sur la garantie de soins de santé 133

PARTIE IV : RESSERRER LES MAILLES DU FILET DE SÉCURITÉ 135

CHAPITRE SEPT 137

ÉTENDRE LA COUVERTURE POUR INCLURE LA PROTECTION CONTRE LES COÛTS EXORBITANTS DES MÉDICAMENTS DE PRESCRIPTION 137

7.1 Tendances des dépenses au titre des médicaments 138
7.2 Comparaisons avec d'autres pays 140
7.3 L'assurance pour les médicaments de prescription au Canada 142
7.3.1 Régimes publics d'assurance-médicaments 142
7.3.2 Régimes privés d'assurance-médicaments 143
7.3.3 Les caractéristiques des régimes d'assurance et leur incidence sur la protection contre les frais élevés de médicaments 144
7.4 Un phénomène nouveau : Les dépenses exorbitantes en médicaments de prescription 145
7.5 Protéger les Canadiens contre les frais exorbitants de médicaments de prescription 149
7.5.1 Comment fonctionnerait le régime 150
7.5.2 Avantages du régime proposé 152
7.5.3 Combien coûterait le régime? 153
7.5.4 Proposition du Comité relative à un régime d'assurance contre les frais exorbitants de médicaments de prescription 154
7.6 Nécessité d'une liste nationale des médicaments admissibles 155

CHAPITRE HUIT **157**

ÉLARGIR LA COUVERTURE POUR INCLURE LES SOINS ACTIFS À DOMICILE 157

8.1 Bref aperçu des principaux points relevés dans les volumes deux et quatre à propos des soins à domicile 157
8.2 Autres options 159
8.3 Le programme extra-mural au Nouveau-Brunswick 160
8.3.1 S'inspirer de l'exemple du Nouveau-Brunswick : renvois directs aux soins à domicile 162
8.4 Organiser et fournir des soins actifs à domicile 163
8.4.1 Définition des soins actifs à domicile 164
8.4.1.1 Quand les services de soins actifs à domicile (SAD) commencent-ils? 164
8.4.1.2 Quand les SAD se terminent-ils? 165
8.4.2 Dispositions organisationnelles pour les SAD 165
8.4.3 Qui fournit des SAD? 167
8.5 Le coût d'un programme national de soins actifs à domicile 169
8.5.1 Comment calculer le coût d'un programme national de SAD 169
8.5.2 Et les coûts cachés? 170
8.5.3 Combien coûtera un programme national de SAD? 171
8.6 Payer les soins post-hospitaliers à domicile 171

CHAPITRE NEUF **175**

ÉTENDRE LA COUVERTURE POUR INCLURE LES SOINS PALLIATIFS À DOMICILE 175

9.1 Nécessité d'un programme national de soins palliatifs 175
9.2 Aide financière aux fournisseurs de soins palliatifs à domicile 176
9.3 Crédit d'impôt pour fournisseurs de soins 178
9.4 Protection des emplois 179
9.5 Conclusion 179

PARTIE V : ACCROÎTRE LA CAPACITÉ ET CONSTRUIRE L'INFRASTRUCTURE 181

CHAPITRE DIX **183**

LE RÔLE DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL DANS L'INFRASTRUCTURE DE SOINS DE SANTÉ 183

10.1 Technologies de la santé 183
10.2 Dossiers de santé électroniques 187
10.3 Évaluation de la qualité, de l'efficacité et des résultats 190
10.4 Protection des renseignements personnels sur la santé 192

CHAPITRE ONZE **199**

LES RESSOURCES HUMAINES DE LA SANTÉ 199

11.1 La gravité de la pénurie de ressources humaines en santé 199
11.2 Les ressources humaines de la santé : Nécessité d'une stratégie nationale 203
11.3 Accroître le nombre de médecins formés au Canada 206
11.4 Intégration des diplômés en médecine étrangers 208
11.5 Réduire la pénurie d'infirmières 209
11.6 Professions paramédicales 213
11.7 Financement des études supérieures 213
11.8 Ressources humaines de la santé : Examen des règles relatives au champ de pratique 213
11.9 Commentaires du Comité 214

CHAPITRE DOUZE **217**

FAVORISER L'EXCELLENCE DANS LA RECHERCHE CANADIENNE EN SANTÉ 217

12.1 Assumer le leadership dans la recherche en santé 219
12.2 S'engager dans la révolution scientifique 222
12.3 Garantir un environnement de recherche prévisible 225
12.3.1 Le financement fédéral de la recherche en santé *226*
12.3.2 La recherche fédérale interne en santé *228*
12.4 Rehausser la qualité des services de santé et de la prestation des soins 230
12.5 Améliorer l'état de santé des populations vulnérables 232
12.6 Commercialiser les résultats de la recherche en santé 234
12.7 Respecter les normes d'éthique les plus élevées dans la recherche en santé 239
12.7.1 La recherche sur des sujets humains *240*
12.7.2 Questions suscitées par la recherche sur des sujets humains *242*
12.7.3 L'utilisation d'animaux dans la recherche *245*
12.7.4 La confidentialité des renseignements médicaux personnels *247*
12.7.5 La confidentialité de l'information génétique *252*
12.7.6 Les situations possibles de conflit d'intérêts *253*

PARTIE VI : PROMOTION DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION DE LA MALADIE ... 257

CHAPITRE TREIZE **259**

UNE POLITIQUE PUBLIQUE « PRO-SANTÉ » – LA SANTÉ AU-DELÀ DES SOINS DE SANTÉ 259

13.1 Tendances de la maladie 262
13.1.1 Maladies infectieuses *263*
13.1.2 Maladies chroniques *264*
13.1.3 Blessures *265*
13.1.4 Problèmes de santé mentale *265*
13.2 Fardeau économique de la maladie 265
13.3 Nécessité d'une stratégie nationale de prévention des maladies chroniques 267
13.4 Renforcer la santé publique et la promotion de la santé 270
13.5 Vers une politique publique pro-santé – Nécessité d'élaborer des stratégies d'amélioration de la santé de la population 271

PARTIE VII : FINANCER LA REFORME **275**

CHAPITRE QUATORZE **277**

COMMENT ADMINISTRER LES FONDS SUPPLÉMENTAIRES QUE LE GOUVERNEMENT FÉDÉRAL CONSACRERA À LA SANTÉ 277

14.1 Il faut investir davantage dans le système de soins de santé 278
14.2 Le rôle du gouvernement fédéral en matière de financement 283
14.3 Comment gérer les nouveaux fonds que le gouvernement fédéral destinera aux soins de santé 285

CHAPITRE QUINZE **289**

COMMENT GÉNÉRER DES FONDS ADDITIONNELS POUR LES SOINS DE SANTÉ 289

15.1 Ampleur du financement fédéral additionnel requis 291
15.2 Sources possibles de financement fédéral accru 294
15.3 Impôts généraux 295
15.4 Impôts spécifiques 300
15.5 Charges sociales 303
15.6 Prime nationale d'assurance-santé 305
15.7 Frais d'utilisation 307
15.8 Comptes d'épargne-santé 309
15.9 Financement anticipé des soins de santé 310
15.10 Commentaires du Comité 312
15.11 Financement fédéral actuel des soins de santé 317

CHAPITRE SEIZE **321**

VIABILITÉ FINANCIÈRE DU SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ : LES CONSÉQUENCES DE L'INACTION 321

16.1 L'assurance-santé privée au Canada et dans certains pays de l'OCDE 323
16.2 Examen de la documentation récente sur les effets d'un système privé d'assurance-santé et de prestation de soins à but lucratif 326
16.3 Commentaires du Comité 328

PARTIE VIII : LA *LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ* **331**

CHAPITRE DIX-SEPT **333**

LA *LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ* 333

17.1 Universalité 334
17.2 Intégralité 335
17.3 Accessibilité 339
17.4 Transférabilité 341
17.5 Gestion publique 342
17.6 Commentaires du Comité 345

CONCLUSION **347**

ANNEXE A **A-1**

LISTE DES RECOMMANDATIONS PAR CHAPITRE A-1

ANNEXE B **A-21**

LIST DES PRINCIPES DU VOLUME CINQ (AVRIL 2002) A-21

ANNEXE C **A-23**

LISTE DES TÉMOINS A-23

ORDRE DE RENVOI

Extrait des Journaux du Sénat du 8 octobre 2002 :

Reprise du débat sur la motion de l'honorable sénateur Kirby, appuyée par l'honorable sénateur Pépin,

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner pour en faire rapport l'état du système de soins de santé au Canada. Plus particulièrement, que le Comité soit autorisé à examiner :

a) Les principes fondamentaux sur lesquels est fondé le système public de soins de santé au Canada;
b) L'historique du système de soins de santé au Canada;
c) Les systèmes de soins de santé dans d'autres pays;
d) Le système de soins de santé au Canada — pressions et contraintes;
e) Le rôle du gouvernement fédéral dans le système de soins de santé au Canada;

Que les mémoires reçus et les témoignages entendus sur la question par le Comité dans la deuxième session de la trente-sixième législature et la première session de la trente-septième législature soient déférés au Comité;

Que le Comité présente son rapport final au plus tard le 31 octobre 2002;

Que le Comité conserve les pouvoirs nécessaires à la diffusion de ses constatations pendant soixante jours après le dépôt de son rapport; et

Que le Comité soit autorisé, par dérogation aux règles usuelles, à déposer tout rapport auprès du greffier du Sénat si le Sénat ne siège pas à ce moment-là; et que le rapport soit réputé avoir été déposé à la Chambre du Sénat.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

ATTESTÉ :

Le greffier du Sénat,

Paul C. Bélisle

SÉNATEURS

Les sénateurs suivants ont participé à l'étude du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie sur l'état du système de soins de santé :

L'honorable Michael J. L. Kirby, président du Comité
L'honorable Marjory LeBreton, vice-présidente du Comité

et

Les honorables sénateurs :

Catherine S. Callbeck
Joan Cook
Jane Cordy
Joyce Fairbairn, P.C.
Wilbert Keon
Yves Morin
Lucie Pépin
Brenda Robertson
Douglas Roche

Membres d'office du Comité :
Les honorables sénateurs : Sharon Carstairs C.P. (ou Fernand Robichaud, C.P.) et John Lynch-Staunton (ou Noel A. Kinsella)

Autres sénateurs ayant participé de temps à autre à cette étude :
Les honorables sénateurs Atkins, Banks, Beaudoin, Carney, Cochrane, Cohen,* DeWare,* Ferretti Barth, Grafstein, Graham, P.C., Hubley, Joyal, P.C., Lawson, Léger, Losier-Cool, Maheu, Mahovlich, Meighen, Milne, Murray, Rompkey, St. Germain, Sibbeston, Stratton, Tunney*, et Wilson*

* retraité

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACDI	Agence canadienne de développement international
ACISU	Association canadienne des institutions de santé universitaires
AFMC	Association des facultés de médecine du Canada
AIIC	Association des infirmières et infirmiers du Canada
AMC	Association médicale canadienne
APMCC	Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada
CAPE	Clinicians Assessment and Professional Enhancement (évaluation clinique et de perfectionnement professionnel)
CCASS	Conseil canadien d'agrément des services de santé
CCCB	Conseil consultatif canadien de la biotechnologie
CCNTA	Conseil consultatif national sur le troisième âge
CCPA	Conseil canadien de protection des animaux
CER	Comité d'éthique de la recherche
CES	compte d'épargne-santé
CEST	Conseil d'experts en sciences et en technologie
CHR	corporation hospitalière régionale
CNBRH	Conseil national de la bioéthique en recherche chez les sujets humains
CNERH	Conseil national d'éthique en recherche chez l'humain
CNRC	Conseil national de recherche du Canada
CRBS	Coalition pour la recherche biomédicale et en santé
CRDI	Centre de recherche pour le développement international
CRM	Conseil de recherches médicales du Canada
CRSNG	Conseil de recherche en sciences naturelle et en génie
CUSS	centre universitaires des sciences de la santé
DRG	diagnostic related groups (groupes homogènes de patients)
DRHC	Développement des ressources humaines Canada
DSE	dossier de santé électronique
EDTR	Enquête sur la dynamique du travail et du revenu
EPTC	Énoncé de politique des Trois Conseils
ETS	évaluation des technologies de la santé
FAMM	Fonds pour l'acquisition de matériel médical
FASS	Fonds pour l'adaptation des services de santé
FASSP	fonds pour l'adaptation des services de santé primaires

FCI	Fondation canadienne pour l'innovation
FCRSS	Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé
FPE	financement des programmes établis
FPT	fédéral-provincial-territorial
GMF	groupe de médecine de famille
GP	general practitioner (omnipraticien)
GSP	groupe de soins primaires
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
ICRA	Institut canadien de recherches avancées
IRM	imagerie par résonance magnétique
IRSC	Institut de recherche en santé du Canada
IRSM	Initiative de recherche en santé mondiale
JPPC	Joint Policy and Planning Committee
LPRPDE	Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques
MSSLD	ministère de la Santé et des Soins de longue durée (de l'Ontario)
NHS	National Health Service (système national de soins de santé;)
NICE	*National Institute for Clinical Evidence*
OCCETS	Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMA	*Ontario Medical Association*
PCRC	Programme des chaires de recherche du Canada
PEM	programme extra-mural
PIB	produit intérieur brut
PME	petite et moyenne entreprise
PMSI	Programme de Médicalisation du Système d'Information
REER	Régime enregistré d'épargne-retraite
RRS	régie régionale de la santé
RSCO	Réseau de soins cardiaques de l'Ontario
RSF	réseau santé famille
RSFO	Réseau santé-famille de l'Ontario
SAD	soins actifs à domicile
SRG	supplément de revenu garanti
TCSPS	Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux
URS	Urgency Rating Score (indice d'urgence)
WCWL	*Western Canada Waiting List* (projet de rationalisation des listes d'attente dans l'Ouest canadien)

REMERCIEMENTS

Le Comité tient à remercier publiquement tous ceux dont l'appui indéfectible ces deux dernières années lui ont permis de publier les six volumes de son rapport.

Il tient en particulier à exprimer sa profonde reconnaissance aux personnes suivantes :

- Mme Odette Madore et M. Howard Chodos de la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement qui, en leur qualité d'attachés de recherche affectés au Comité à temps plein, ont rédigé le gros des six volumes du rapport du Comité. Sans leur extraordinaire contribution, ces documents n'auraient pas pu être produits avec autant de brio et dans des délais aussi courts.

- Mme Catherine Piccinin, la greffière du Comité, et son adjointe, Mme Debbie Pizzoferrato, qui ont organisé toutes les réunions du Comité portant sur le secteur de la santé, et se sont notamment occupées de préparer l'audition des témoins, de superviser la traduction et l'impression des six volumes du rapport, de répondre à des milliers de demandes de renseignements sur les travaux du Comité et de distribuer des exemplaires des volumes du rapport.

- Le D' Duncan Sinclair, ancien président de la Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario, qui nous a généreusement fait profiter de son expérience, ne ménageant ni son temps ni ses conseils, et dont les nombreuses suggestions ont permis d'améliorer tous les volumes du rapport.

- Le personnel des membres du Comité, dont la charge de travail s'est trouvée substantiellement accrue ces deux dernières années.

À tous et toutes, nous tenons à exprimer nos sincères remerciements pour leur excellent travail.

Le Comité a abattu un travail considérable ces deux dernières années et a pour cela dû compter sur une petite armée de préposés à la procédure, à la recherche et à l'administration, de sténographes, de correcteurs, d'interprètes, de traducteurs, de messagers, d'employés des services de publication, de radiodiffusion et d'imprimerie et de personnel technique et logistique. Nous tenons à remercier toutes ces personnes pour leur efficacité et leur labeur.

AVANT-PROPOS

Le présent rapport est l'aboutissement d'une étude entreprise il y a deux ans par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. Au cours de cette période, nous avons recueilli le point de vue d'au-delà de 400 témoins. Le Comité tient à leur exprimer ses plus sincères remerciements pour lui avoir fait part de leur avis sur ce qui doit être fait pour réformer le système de soins de santé au Canada et le rendre financièrement viable.

Comme il fallait s'y attendre, étant donné la complexité des questions touchant les soins de santé et leur portée idéologique et politique, les avis recueillis étaient souvent contradictoires. Le Comité a néanmoins procédé à un examen attentif de tous les points de vue exprimés pour arriver à ses recommandations.

Les recommandations du présent rapport correspondent au point de vue *unanime* des onze sénateurs membres du Comité (sept libéraux, trois conservateurs et un indépendant). L'expérience des onze membres du Comité en matière de politique gouvernementale et de questions liées à la santé est aussi approfondie que variée. Le Comité compte en effet :

- deux médecins : Yves Morin, ex-doyen de la Faculté de médecine de l'Université Laval, et Wilbert Keon, président-directeur général de l'Institut de cardiologie d'Ottawa;
- deux ex-ministres de la Santé provinciaux : Brenda Robertson et Catherine Callbeck, qui a été première ministre provinciale;
- deux ex-députés fédéraux : Douglas Roche et Lucie Pépin, qui était également infirmière;
- une ex-ministre du Cabinet fédéral et ex-journaliste: Joyce Fairbairn;
- deux ex-militantes d'action communautaire : Joan Cook, qui a fait partie pendant de nombreuses années de conseils d'administration d'hôpitaux, et Jane Cordy, qui était enseignante;
- deux ex-hauts fonctionnaires du Cabinet du premier ministre : Marjory LeBreton et Michael Kirby, qui à l'époque a aussi occupé le poste de secrétaire du Cabinet fédéral pour les relations fédérales-provinciales.

Le Comité estime que ses recommandations respectent *les quatre objectifs qu'il s'était fixés au début de ses travaux, à savoir :*

- formuler un *plan d'action* détaillé et concret qui ne mette pas trop l'accent sur les questions de gouvernance ni sur les structures intergouvernementales;
- établir le *coût* de ses recommandations et proposer un *plan* précis *pour générer des recettes*. Pour être vraiment utile, le Comité a estimé qu'il ne pouvait se permettre de rester vague sur la question de savoir de quelle façon au juste la mise en œuvre de ses recommandations allait être financée;

- préciser clairement les *changements* que chacun des principaux intervenants — les Canadiens, les professionnels de la santé, les gouvernements provinciaux et fédéral, etc. — vont devoir effectuer pour que la mise en œuvre du plan de réforme du Comité puisse être menée à bien.

- exposer clairement les *conséquences* auxquelles nous nous exposons si nous renonçons à modifier et donc à réformer le système de soins de santé.

Le Comité est d'avis que l'occasion est idéale pour mettre en œuvre le genre de réforme nécessaire pour assurer la viabilité à long terme du système de soins de santé au Canada. Il croit avoir réussi à mettre au point un plan détaillé, concret et réaliste qui, s'il est appliqué intégralement, contribuera au renforcement du système public de soins de santé au Canada et permettra d'en assurer la viabilité dans un avenir prévisible. Il espère poursuivre ses efforts en ce sens, de concert avec tous ceux qui partagent cet objectif.

❖ ❖ ❖

**C'est sur sa bonne santé qu'une population
assoit son bonheur et dont dépendent
ses pouvoirs en tant qu'État.**

Benjamin Disraeli – 24 juillet 1877

**C'est à la population canadienne et à l'amélioration de
sa santé que le Comité dédie le présent rapport.**

❖ ❖ ❖

INTRODUCTION

Au cours des deux dernières années, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie s'est penché sur l'état du système de soins de santé au Canada et sur l'évolution du rôle du gouvernement fédéral dans le secteur de la santé. Le Comité a siégé pendant plus de 200 heures et tenu 76 séances. La plupart de ces séances étaient publiques et lui ont permis de recueillir le point de vue d'au-delà de 400 témoins, dont bon nombre de représentants d'organismes regroupant des milliers de membres (comme l'Association médicale canadienne ou l'Association des infirmières et infirmiers du Canada).

Jusqu'ici, le Comité a publié cinq rapports. Le sixième rapport renferme les recommandations finales du Comité en vue d'une réforme et d'un renouvellement du système canadien de soins de santé. Ces recommandations découlent des principes énoncés dans le volume cinq. Les principaux sujets abordés dans les cinq rapports précédents, de même que les sujets qui seront abordés dans des rapports subséquents, sont résumés dans le tableau suivant :

Phases	Contenu	Échéance du rapport
Un	Contexte historique et aperçu	Mars 2001
Deux	Tendances futures, leurs causes et répercussions sur les coûts des soins des santé	Janvier 2002
Trois	Modèles et pratiques d'autres pays	Janvier 2002
Quatre	Enjeux et options	Septembre 2001
Cinq	Principes de restructuration des services hospitaliers et des services médicaux et recommandations visant plusieurs enjeux de la santé	Avril 2002
Six	Recommandations quant au financement et à la restructuration des services hospitaliers et des services médicaux et aux lacunes de la couverture relativement aux médicaments et aux soins à domicile	Octobre 2002
Études thématiques	La santé des Autochtones, la santé des femmes, la santé mentale, les services de santé en région rurale, la santé de la population, les soins à domicile et les soins palliatifs	Dates ultérieures à déterminer

Comme ce tableau l'indique, après la publication du présent rapport, le Comité entend examiner un certain nombre d'autres questions qui feront l'objet d'une série de rapports thématiques portant sur les sujets suivants : 1) la santé des Autochtones, 2) la santé des femmes, 3) la santé mentale, 4) les services de santé en région rurale, 5) la santé de la population, notamment les questions relatives à l'alphabétisation, 6) les soins à domicile et 7) les soins palliatifs.

Le Comité a en outre tenu des audiences publiques en septembre 2002 pour examiner le document intitulé *Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français*, dont la publication fait suite à une étude coordonnée par la Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada pour le Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire. Le Comité publiera un rapport à ce sujet et les lecteurs du présent volume sont fortement invités à en prendre connaissance aussi.

Les recommandations contenues dans le volume six se subdivisent en six catégories :

- des recommandations en vue de la restructuration des services hospitaliers et des services médicaux pour en accroître l'efficacité et ainsi permettre la prestation en temps opportun de soins de qualité;
- des recommandations relatives à la « promulgation d'une garantie de soins » qui ferait en sorte que les patients soient traités à l'intérieur d'un délai maximal précis lorsqu'ils doivent subir une intervention importante ou obtenir un diagnostic. Une fois le délai expiré, la « garantie de soins » obligerait l'assureur/gouvernement à assumer les coûts encourus pour que le patient obtienne le service nécessaire dans un autre territoire ou dans un autre pays;
- des recommandations pour élargir la portée du régime public d'assurance-santé afin d'absorber les coûts astronomiques des médicaments de prescription, les coûts des soins post-hospitaliers offerts à domicile et les coûts liés à la prestation de soins palliatifs aux patients qui choisissent de passer les dernières semaines qui leur restent à vivre à la maison;
- des recommandations pour renforcer la contribution fédérale à l'élaboration de l'infrastructure des soins de santé et son rôle à cet égard, notamment en ce qui a trait aux systèmes d'information sur la santé, aux technologies de la santé, à l'évaluation de la performance et de l'efficacité du système de soins de santé, aux ressources humaines disponibles dans le secteur des soins de santé, à la recherche en santé, à la promotion du mieux-être et à la prévention de la maladie ainsi qu'aux seize centres universitaires des sciences de la santé;
- des recommandations quant à la façon de générer ces nouvelles recettes fédérales et de les administrer de façon transparente et responsable pour assurer la mise en œuvre des recommandations énoncées dans le présent rapport;
- des observations quant à ce qui risque d'arriver si les recettes fédérales supplémentaires que le Comité recommande d'investir dans le système de soins de santé ne le sont pas.

Comme certaines de ces recommandations, si elles sont mises en œuvre, exigeront la participation financière des gouvernements provinciaux et territoriaux, , le Comité est pleinement conscient de l'importance de favoriser un esprit de coopération et de collaboration entre les divers ordres de gouvernement pour mener à bien la refonte et le renouvellement du système canadien de soins de santé.

Comme certaines de ces recommandations exigeront la participation financière des gouvernements provinciaux et territoriaux, si elles sont mises en œuvre, le Comité est pleinement conscient de l'importance de favoriser un esprit de coopération et de collaboration entre les divers ordres de gouvernement pour mener à bien la refonte et le renouvellement du système canadien de soins de santé.

Partie I : Responsabilisation

CHAPITRE UN

LA NÉCESSITÉ D'UN RAPPORT ANNUEL SUR L'ÉTAT DU SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ ET SUR L'ÉTAT DE SANTÉ DES CANADIENS

Pour pouvoir formuler des recommandations réalistes en vue d'améliorer la prestation de soins de santé auprès des Canadiens, il faut tout d'abord avoir une vision claire du système dans son état actuel et une évaluation de ses forces et de ses faiblesses. Dès le départ, le Comité a cherché à tracer un portrait fidèle du système canadien de soins de santé et à distinguer entre mythe et réalité[1].

D'après le Comité, il est essentiel de réaliser, le plus objectivement possible, une évaluation continue du système de soins de santé. Le Comité expose dans le présent chapitre ses recommandations visant la création d'un nouveau conseil national des soins de santé, présidé par un commissaire aux soins de santé chargé de produire un rapport annuel sur l'état du système de soins de santé et sur l'état de santé des Canadiens. (Dans le présent document, le genre masculin est utilisé par souci de brièveté. Le masculin doit être interprété comme comprenant le féminin).

Mais avant d'approfondir cette question, le Comité veut donner un bref aperçu de quelques éléments clés des volumes précédents de son étude. Il souhaite ainsi résumer l'approche globale qu'il a adoptée pour la réalisation de son étude en multiples volumes, ainsi que les objectifs de ses recommandations.

1.1 Résumé de quelques points saillants des volumes un à cinq

1.1.1 Le rôle du gouvernement fédéral

Le Comité a cerné les divers rôles du gouvernement fédéral en matière de santé et de soins de santé, décrivant au volume quatre chaque rôle en indiquant pour chacun l'ensemble desobjectifs que doivent viser les politiques[2]. Le Comité a aussi confirmé la légitimité et l'importance des divers rôles du gouvernement fédéral, et ce sous divers rapports :

- en premier lieu, il est clair que les Canadiens appuient vivement les principes nationaux des soins de santé et veulent que le gouvernement fédéral joue un grand rôle dans le respect de ces principes;
- en deuxième lieu, le financement fédéral des soins de santé est particulièrement important en cette époque de réforme et de renouvellement. En effet, le Comité explique dans le présent volume que pour changer la structure et le fonctionnement du système de soins de santé, il faudra plus d'argent, et ces fonds devront être levés principalement par le gouvernement fédéral;

[1] Voir le volume un, *Le chemin parcouru*, chapitre six, Mythes et réalités, p. 101 et suivantes.
[2] Voir le volume quatre, *Questions et options*, chapitres trois et quatre, p. 11-28.

- en troisième lieu, et surtout, selon certains, seul le gouvernement fédéral est à même de faire en sorte que toutes les provinces et tous les territoires, quelle que soit la taille de leur économie, aient à leur disposition les ressources financières nécessaires pour répondre aux besoins en soins de santé de leurs citoyens. Ce rôle de redistribution que joue le gouvernement fédéral fait partie intégrante de ce que bon nombre appellent « la manière canadienne »;

- en quatrième lieu, il faudra que les changements fondamentaux apportés au système de soins de santé ne s'appliquent pas seulement à une ou deux provinces. Notre système national doit reposer sur une harmonisation interprovinciale, et le gouvernement fédéral a un rôle vital à jouer à cet égard, par exemple, en ayant recours à des mesures incitatives ou à des sanctions financières afin d'encourager les provinces et les territoires à adopter des normes pancanadiennes;

- en cinquième lieu, le Comité est résolument d'avis que les importantes sommes d'argent que le gouvernement fédéral transfère aux provinces et aux territoires pour les soins de santé doivent assurer à ce dernier une place lors des discussions sur la restructuration du système de soins de santé. Puisqu'il doit rendre compte aux contribuables, le gouvernement fédéral a son mot à dire dans la façon dont l'argent est dépensé.

Il est très clair pour le Comité que les Canadiens veulent que les provinces et les territoires ainsi que le gouvernement fédéral travaillent en collaboration comme partenaires afin de faciliter le renouvellement des soins de santé. Les Canadiens estiment que le temps n'est plus aux reproches; ils veulent une coopération intergouvernementale et des résultats concrets.

Il est très clair pour le Comité que les Canadiens veulent que les provinces et les territoires ainsi que le gouvernement fédéral travaillent en collaboration comme partenaires afin de faciliter le renouvellement des soins de santé. Les Canadiens estiment que le temps n'est plus aux reproches; ils veulent une coopération intergouvernementale et des résultats concrets.

1.1.2 Objectifs de la politique fédérale en matière de soins de santé

Le Comité a souligné que la politique fédérale en matière de soins de santé découle de deux objectifs primordiaux que le Comité appuie sans réserve comme étant les buts principaux que doit viser le gouvernement fédéral dans le domaine des soins de santé. *Ces deux objectifs sont les suivants* :

Le Comité estime que la politique fédérale en matière de soins de santé vise deux objectifs :

- ***Assurer à tous les Canadiens un accès en temps opportun aux services de santé médicalement nécessaires, sans égard à leur capacité de payer;***
- ***Veiller à ce qu'aucun Canadien ne souffre de difficultés financières excessives du fait du coût des soins de santé.***

- *Assurer à tous les Canadiens un accès en temps opportun aux services de santé médicalement nécessaires, sans égard à leur capacité de payer;*

- *Veiller à ce qu'aucun Canadien ne souffre de difficultés financières excessives du fait du coût des soins de santé.*

Ces deux objectifs, et particulièrement le premier, sous-entendent que les services médicalement nécessaires fournis dans le cadre de l'assurance-santé sont de qualité élevée. En effet, à quoi servirait, aux fins du système de soins de santé du Canada, de fournir l'accès à des services de qualité inférieure?

En ce qui concerne la loi fédérale prééminente en matière de soins de santé, soit la *Loi canadienne sur la santé* (1984), le Comité a signifié à maintes reprises qu'il appuie sans réserve les quatre principes de la Loi axés sur le patient. Il souscrit aussi à l'esprit du cinquième principe de la Loi, bien qu'il soit d'une autre nature :

- le principe **d'universalité**, qui signifie que tous les Canadiens ont droit à un régime public d'assurance-santé;
- le principe **d'intégralité**, qui est censé garantir que tous les services médicalement nécessaires fournis par des hôpitaux ou des médecins sont couverts par l'assurance-santé publique;
- le principe **d'accessibilité**, qui décourage le recours à des mesures financières pouvant faire obstacle à la prestation de services de santé publics, comme les frais d'utilisation, afin que les tous les Canadiens aient accès aux soins nécessaires quel que soit leur revenu;
- le principe de **transférabilité**, qui signifie que tous les Canadiens sont couverts par l'assurance-santé publique quand ils se déplacent au Canada ou déménagent dans une autre province;
- le principe de **gestion publique** n'est pas axé sur le patient, mais met l'accent « plutôt sur les moyens de réaliser les objectifs visés par les quatre autres principes »[3]. Or, c'est sur ce principe que repose le modèle à source unique de financement ou d'assurance que prône le Comité au volume cinq, dans le cadre du principe un[4]. En vertu de la condition de gestion publique que prévoit la Loi, les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux doivent être gérés par un organisme public, sans but lucratif.

Le Comité pense aussi, comme l'honorable Monique Bégin, ministre fédérale de la Santé au moment de l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé*, que le principe de la gestion publique a depuis été mal interprété[5]. Il appuie vivement le système d'assurance à payeur unique en

Le principe de la gestion publique a depuis été mal interprété. Le Comité appuie vivement le système d'assurance à payeur unique en vertu duquel seul le gouvernement finance les services fournis par les hôpitaux et les médecins. Or, le principe de la gestion publique touche le financement des services fournis par les hôpitaux et les médecins, et non leur prestation.

[3] Volume un, p. 43.
[4] Volume cinq, p. 25-27.
[5] Voir son témoignage devant le Comité le 8 mai 2002 (54:5).

vertu duquel seul le gouvernement finance les services fournis par les hôpitaux et les médecins. Or, le principe de la gestion publique touche le *financement* des services fournis par les hôpitaux et les médecins, et *non leur prestation.*

Il y a un malentendu concernant le principe de la gestion publique parce que l'on n'a pas su faire une distinction entre, d'une part, le financement et la gestion de l'assurance-santé par l'État et, d'autre part, la prestation comme telle des services de soins de santé. En vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, la prestation de ces services ne relève pas nécessairement d'organismes publics. En fait, de nos jours au Canada, la grande majorité des services de soins de santé sont dispensés par tout un éventail d'établissements et de fournisseurs privés.

Le Comité a réaffirmé sa volonté de faire respecter le principe voulant que chaque Canadien ait un accès garanti aux services médicalement nécessaires, fournis par un programme d'assurance-santé financé et géré par l'État, partout au Canada. Ce principe forme l'essence même de la politique canadienne en matière de soins de santé depuis plus de trente ans et figure clairement dans la *Loi canadienne sur la santé.*

La réalisation des objectifs de la politique canadienne en matière de soins de santé dépend du « contrat » conclu entre les Canadiens et leurs gouvernements fédéral et provinciaux ou territoriaux. Les Canadiens versent des impôts à leurs gouvernements, lesquels utilisent une partie de cet argent pour financer un régime d'assurance universelle qui fournit à tous les Canadiens une couverture au premier dollar des services médicalement nécessaires dispensés par les hôpitaux et les médecins. Ces services doivent être accessibles et complets, ainsi que transférables d'une province et d'un territoire à l'autre. En vertu du « contrat », les gouvernements — fédéral et provinciaux-territoriaux — doivent, en leur qualité d'assureur, utiliser les fonds versés par les Canadiens afin de satisfaire les deux objectifs énoncés ci-dessus, c'est-à-dire veiller à ce que les Canadiens bénéficient d'une assurance publique et qu'ils aient accès en temps opportun à des services médicalement nécessaires de haute qualité fournis par des hôpitaux et des médecins.

1.1.3 L'actuel système n'est pas financièrement viable

À l'étape suivante, le Comité a cherché à savoir si le système est viable sous sa forme courante, avec les niveaux actuels de financement par le gouvernement. Dans le volume cinq, le Comité a établi la définition d'un système de soins de santé viable sur le plan financier, soit un système sur lequel les Canadiens peuvent compter maintenant et pourront compter dans l'avenir, compte tenu des moyens de l'État et de la volonté de payer des contribuables.

Deux facteurs doivent être pris en considération dans l'évaluation de la viabilité financière. Le premier facteur est la volonté de payer des contribuables (consentement des personnes gouvernées). Le deuxième est la nécessité pour les gouvernements de conserver des taux d'imposition concurrentiels par rapport aux autres pays de l'OCDE, particulièrement les États-Unis, à des fins de développement économique.

De l'avis du Comité, la viabilité financière à long terme dépend du rapport entre les dépenses publiques au titre des soins de santé et les autres dépenses. Si ce rapport devient trop élevé, ce peut être signe que les dépenses au titre de la santé empêchent d'effectuer d'autres dépenses nécessaires.

Le Comité reconnaît également que la viabilité peut être étudiée sous l'angle de la proportion du produit intérieur brut (PIB) consacrée aux soins de santé, que les fonds proviennent du trésor public ou du privé. Toutefois, il est impossible de dire quelle devrait être cette proportion sans une analyse détaillée des avantages que tirent les Canadiens des soins de santé. Or, comme le système manque de moyens pour saisir, enregistrer, partager et gérer l'information sur la santé, il n'est pas possible pour l'instant d'effectuer une telle analyse coût-avantage. Le Comité doit donc se contenter de constater que le Canada consacre aux soins de santé une part des dépenses, exprimée en termes de proportion du PIB, comparable en gros à celle d'autres pays développés, à l'exception des États-Unis qui consacrent à ce chapitre beaucoup plus que n'importe quel autre pays industrialisé.

Le Comité ne sait que trop bien que le transfert d'une plus grande part des coûts aux patients et à leurs familles en leur imposant des paiements directs, soit la « solution » facile que d'aucuns recommandent, n'est en fait qu'un moyen coûteux de régler, ou du moins d'alléger, le problème du gouvernement. Quelle que soit la façon dont elle est exprimée (en pourcentage du PIB, des dépenses gouvernementales, etc.), il n'existe qu'une source de financement des soins de santé, soit la population canadienne, et on a montré de façon concluante que la façon la plus rentable de financer les soins de santé est d'utiliser un modèle à assureur/payeur unique (en l'occurrence, un régime public ou gouvernemental).

Quelle que soit la façon dont elle est exprimée, il n'existe qu'une source de financement, soit la population canadienne, et on a montré de façon concluante que la façon la plus rentable de financer les soins de santé est d'utiliser un modèle à assureur/payeur unique (en l'occurrence, un régime public ou gouvernemental).

Le Comité est convaincu que le Canada doit continuer d'adhérer au modèle le plus efficace d'assurance-santé universelle, et il est clair que la population canadienne est du même avis. Par conséquent, quand il a formulé ses recommandations, le Comité n'a pas retenu les mesures de financement liées au PIB. Il a plutôt cherché à évaluer à combien doivent s'élever les dépenses publiques nécessaires pour soutenir l'assurance-santé et, en particulier, combien il faut pour réaliser les changements qui s'imposent pour que ce programme très prisé, financé en majeure partie par l'État, puisse répondre aux besoins des Canadiens au XXI[e] siècle.

Au cours des audiences que le Comité a tenues d'un bout à l'autre du pays, un large éventail de témoins, dont des gestionnaires, des fournisseurs et des consommateurs de soins de santé, ont exprimé de vives préoccupations face à l'escalade des coûts des soins de santé et à son incidence sur les budgets gouvernementaux et sur la qualité des soins dispensés aux patients. Fort de ces témoignages et de nombreux rapports, le Comité a conclu que la montée des coûts indique clairement que le système public de soins de santé du Canada, tel qu'il est structuré et qu'il fonctionne en ce moment, n'est pas financièrement viable compte tenu des niveaux actuels de financement.

Le Comité a conclu que la montée des coûts indique clairement que le système public de soins de santé du Canada, tel qu'il est structuré et qu'il fonctionne en ce moment, n'est pas financièrement viable compte tenu des niveaux actuels de financement.

Le manque de viabilité est déjà évident puisque le système n'a pas en ce moment les ressources voulues pour répondre à toutes les demandes, et on note en particulier que l'accès en temps opportun à des services de santé de qualité est de moins en moins la norme. Le Comité est bien conscient qu'aucun système fournissant des services perçus comme étant « gratuits » ne saura répondre à toutes les demandes qu'il reçoit, et qu'à l'heure actuelle nous ne sommes pas à même de faire la différence entre la demande et le véritable besoin d'accès en temps opportun à des services de santé de toutes sortes. Néanmoins, l'impression répandue d'une détérioration de la qualité des services montre bien que la population doit décider quelle orientation elle souhaite voir prendre à ses gouvernements. Selon le Comité, il existe essentiellement trois options à cet égard :

- rallonger les listes d'attente par un rationnement croissant des services de santé assurés par l'État;
- accroître les recettes du gouvernement;
- offrir certains services plus rapidement à ceux qui peuvent se les payer en autorisant l'établissement d'un système parallèle de services de santé privés qui s'ajouterait au système public offert à tous les autres Canadiens[6].

Ainsi qu'en témoignera le reste du rapport, le Comité souhaite ardemment que les Canadiens considèrent la deuxième option comme étant la meilleure. Parvenu à cette conclusion à l'unanimité, le Comité, s'écartant de la façon de faire habituelle dans les rapports des comités parlementaires, a choisi de préciser les sommes supplémentaires nécessaires pour assurer la viabilité financière à long terme du système de soins de santé, de dire comment cet argent devra être dépensé et de suggérer des options pour accroître les recettes du gouvernement.

Le Comité a conclu qu'il faut cinq milliards de dollars de plus par année pour réformer et renouveler le système de soins de santé, puisque c'est ce qu'il évalue être le coût annuel de mise en œuvre de ses recommandations. Le Comité tient toutefois à souligner aussi qu'à moins que des changements ne soient apportés à la structure et au fonctionnement du système, il n'y aura jamais assez d'argent pour en assurer la viabilité à long terme. Cette nouvelle injection de cinq milliards de dollars en fonds fédéraux doit donc servir à acheter des changements et ainsi qu'à réformer et à renouveler le système.

À moins que des changements ne soient apportés à la structure et au fonctionnement du système, il n'y aura jamais assez d'argent pour en assurer la viabilité à long terme. Cette nouvelle injection de cinq milliards de dollars en fonds fédéraux doit donc servir à acheter des changements et ainsi qu'à réformer et à renouveler le système.

1.1.4 Une garantie nationale de soins de santé est essentielle au succès de la réforme

En général, dans sa vision de la réforme du système, le Comité a posé comme principe l'adoption de mesures incitatives pour encourager tous les participants au système

[6] Veuillez remarquer que la désassurance de services signifie que les Canadiens devront payer de leur poche certains services offerts auparavant dans le cadre du programme public d'assurance-santé.

public de services hospitaliers et médicaux — soit les fournisseurs, les établissements, les gouvernements et les patients — à dispenser, à gérer et à utiliser les soins de santé de façon plus efficace. Un élément en particulier, essentiel au succès de la réforme du système mais qui ne saurait exister isolément, réside dans ce que le Comité a appelé la « garantie de soins de santé ».

La recommandation à cet égard, décrite en détail au chapitre six, vise à régler le problème des temps d'attente croissants pour obtenir des services de santé; il s'agit d'exiger que les gouvernements respectent des normes raisonnables, c'est-à-dire que les patients aient accès aux services dans leur propre province ou territoire, ailleurs au Canada ou, au besoin, à l'étranger. Le respect de normes raisonnables pour les services aux patients est un élément essentiel du contrat de soins de santé conclu entre les Canadiens et leurs gouvernements. Selon le Comité, en investissant judicieusement l'argent frais et en inscrivant dans la loi le principe de la « garantie de soins de santé », il sera possible de redonner confiance aux Canadiens que leurs gouvernements dépenseront l'argent perçu de façon à renforcer le système public de soins de santé et pour qu'il donne accès aux services médicalement nécessaires à l'endroit et au moment où les gens en ont besoin.

Tout en formulant des propositions, le Comité estime important de reconnaître que l'option qu'il préfère — soit la perception de recettes additionnelles - assortie d'un plan de dépenses et de la mise en œuvre de la garantie de soins de santé, ne constitue pas la seule possibilité. Si, après un débat public, les gouvernements refusent de verser davantage pour les services hospitaliers et médicaux ou si l'assureur (le gouvernement) décide de ne pas mettre en œuvre la garantie de soins de santé, le résultat sera le rationnement continu (et sans doute accru) des services et la prolongation des temps d'attente.

Or, comme le souligne le Comité plus loin au chapitre cinq, la prolongation des temps d'attente, si la garantie de soins de santé n'est pas mise en oeuvre, risque d'avoir d'autres conséquences importantes. En outre, s'il y a inaction sur ce plan, la Cour suprême risque fort de juger qu'étant donné la non-prestation de services médicaux en temps opportun dans le cadre du système public, le gouvernement ne peut refuser aux Canadiens le droit de souscrire une assurance privée pour couvrir le coût d'achat de services ailleurs, c'est-à-dire auprès d'établissements privés de soins de santé au Canada. Ainsi, en omettant de mettre en œuvre la garantie de soins de santé, nous risquons fort de pousser le système canadien de soins de santé à devenir un système à deux vitesses, dont ne profiteront que ceux qui peuvent payer de leurs poches ou au moyen d'une assurance-santé privée.

Quand cette possibilité a été soulevée dans les rapports précédents, certains observateurs ont cru que le Comité préconisait une plus grande privatisation du système de soins de santé. Or, le présent volume devrait montrer clairement qu'il n'en est rien.

Le Comité a élaboré un plan détaillé, concret et réaliste qui, s'il est mis en œuvre intégralement, renforcera le système public de soins de santé au Canada et garantira sa viabilité dans un avenir prévisible. Cependant, cette option comporte un coût, et la grande majorité des contribuables canadiens seront mis à contribution en vue de la réalisation du plan proposé. Il est essentiel que les Canadiens comprennent toutes les répercussions auxquelles ils pourront s'attendre s'il arrivait que les gouvernements se montrent réticents à percevoir plus d'argent afin de l'injecter dans le système public de soins de santé. Or, une des conséquences possibles est

non seulement la détérioration continue du système, mais aussi des jugements qui précipiteront l'émergence d'un système parallèle de soins de santé privés au Canada.

1.2 Améliorer la gouvernance — La nécessité d'un commissaire national aux soins de santé

Pour pouvoir faire des choix éclairés, maintenant et à l'avenir, la population canadienne doit absolument avoir accès à une évaluation fiable et objective de l'état réel du système de soins de santé. Le reste du présent chapitre décrit donc la proposition du Comité afin de créer une structure institutionnelle qui fournira une telle évaluation aux Canadiens chaque année.

Selon le Comité, il est essentiel d'améliorer la gouvernance du système de soins de santé du Canada.

Il est essentiel d'améliorer la gestion du système de soins de santé du Canada. La question de la gouvernance (c.-à-d., du leadership) comporte plusieurs éléments que le Comité a soulevés dans les volumes précédents et que les témoins ont abordé sous divers rapports.

Une chose est très claire. Les Canadiens en ont assez de voir les responsables des relations intergouvernementales dans le domaine des soins de santé s'adresser d'incessants reproches et se renvoyer la balle. L'honorable Monique Bégin a d'ailleurs souligné le caractère dysfonctionnel des relations fédérales-provinciales[7]. Beaucoup trop souvent, les deux parties semblent davantage intéressées à se reprocher l'une l'autre l'apparente détérioration du système qu'à prendre les devants pour s'assurer que les Canadiens aient accès aux services de santé dont ils ont besoin et qu'ils méritent.

Au fond, tout est une question d'imputabilité. Le Comité a souligné à maintes reprises qu'il faut des renseignements détaillés et fiables sur le rendement du système et les résultats afin de déterminer qui doit être tenu responsable des lacunes (ainsi que des forces) du système de soins de santé. Voilà pourquoi le Comité a accordé une telle importance à l'élaboration d'une capacité de gestion des renseignements sur la santé, à la création d'un système national de dossiers de santé électroniques[8] et à la nécessité de soutenir et d'élargir l'infrastructure de la recherche en matière de santé[9]. Le Comité a attiré l'attention sur l'importante contribution qu'a déjà faite l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) pour ce qui est d'améliorer notre connaissance de l'état du système de soins de santé; il est clair qu'il faut tabler sur cette source d'expérience positive.

Il faut analyser et interpréter l'information objectivement pour qu'elle puisse servir de guide fiable à la prise de décisions fondées sur les faits. Dans le volume cinq, le Comité a énuméré quatre éléments fondamentaux nécessaires pour créer la capacité voulue afin d'évaluer de façon juste et complète le rendement du système de soins de santé et l'état de santé de la population canadienne, ainsi que pour obliger les parties compétentes à rendre des comptes :

- En premier lieu, une telle évaluation doit être menée par une entité indépendante du gouvernement. Le Comité appuie fortement « le point de

[7] Monique Bégin, « Renewing Medicare », tiré du Journal de l'Association médicale canadienne, 9 juillet 2002, p. 47.
[8] Voir le chapitre10.
[9] Voir le chapitre12.

vue exprimé par des témoins et des rapports provinciaux selon lequel les rôles de l'assureur et du fournisseur doivent être séparés de celui de l'évaluateur pour qu'il soit possible d'obtenir une évaluation indépendante du rendement et des résultats du système de soins de santé »[10]. C'est la seule façon d'éviter les conflits d'intérêts réels ou perçus et d'assurer la crédibilité des rapports d'évaluation auprès de la population canadienne.

- En deuxième lieu, le Comité est d'avis « qu'une telle évaluation indépendante doit être effectuée au niveau national (et non fédéral) »[11] . Le fait est que la responsabilité du système canadien de soins de santé incombe à la fois aux provinces et territoires et au gouvernement fédéral. Aucun organisme relevant exclusivement de l'un ou l'autre de ces niveaux ou créé exclusivement par un niveau ou l'autre n'aura la crédibilité nécessaire.

- En troisième lieu, même si l'évaluation doit être menée par un organisme indépendant, elle doit être financée par le gouvernement. En outre, comme nous l'expliquerons plus loin, c'est le gouvernement fédéral qui devra prendre les devants pour assurer le financement nécessaire à ce projet, malgré le caractère « national » (par opposition à fédéral) de l'organisme d'évaluation.

- En dernier lieu, ainsi que souligné ci-dessus, il est essentiel que cette entreprise prenne appui sur le succès des organismes existants, comme l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS). Le Comité présente au chapitre dix des recommandations particulières à l'égard de ces organismes.

Le Comité estime toutefois que ces organismes, à eux seuls, ne suffisent pas. Il faut donc un organisme indépendant permanent chargé de faire rapport annuellement à la population canadienne de l'état du système de soins de santé du pays et de l'état de santé des Canadiens. Le Comité pense aussi que cet organisme doit avoir la responsabilité de conseiller chaque année le gouvernement fédéral sur l'affectation du surcroît de recettes perçu afin de renouveler et de réformer le système de soins de santé. Cet organisme doit aussi être doté de ressources suffisantes et travailler en collaboration avec l'ICIS et le CCASS (et peut-être d'autres organismes) afin de recueillir et d'évaluer les données et l'information dont il a besoin.

Il faut donc un organisme indépendant permanent chargé de faire rapport annuellement à la population canadienne de l'état du système de soins de santé du pays et de l'état de santé des Canadiens. Le Comité pense aussi que cet organisme doit avoir la responsabilité de conseiller chaque année le gouvernement fédéral sur l'affectation du surcroît de recettes perçu afin de renouveler et de réformer le système de soins de santé.

Avant d'exposer sa propre proposition, le Comité examine brièvement quelques autres idées présentées au cours des derniers mois, sur des façons de fournir chaque année au public canadien des rapports sur l'état du système de soins de santé. Le Comité considère que les

[10] Volume 5, p. 54.
[11] *Ibid.*

diverses propositions contiennent de nombreux éléments utiles, mais qu'aucune ne répond à toutes ses exigences.

1.2.1 Association médicale canadienne (AMC)

L'AMC propose une approche à deux volets[12]. En premier lieu, elle prône l'adoption d'une charte canadienne de la santé en trois parties : un énoncé de vision, une section sur la planification et la coordination nationales, et une section sur les rôles, les droits et les responsabilités. Cette charte établirait les paramètres d'une meilleure planification et coordination nationales, particulièrement en ce qui concerne : l'examen de services de santé de base; l'élaboration de repères nationaux pour déterminer la rapidité et la qualité des soins de santé; l'établissement des besoins en ressources, dont les ressources humaines et en technologie de l'information; et l'établissement d'objectifs nationaux pour ce qui est de l'amélioration de la santé des Canadiens.

La proposition de l'AMC prévoit aussi la création d'une commission canadienne de la santé, soit une tribune permanente dépolitisée au niveau national, permettant un dialogue et un débat continus. La commission aurait notamment pour mandat de :

- surveiller l'application ce de la charte canadienne de la santé;
- faire rapport chaque année aux Canadiens sur le rendement du système de soins de santé et sur l'état de santé de la population;
- conseiller la Conférence des ministres fédéral et provinciaux-territoriaux de la Santé sur les questions importantes liées à la santé.

La commission proposée par l'AMC serait présidée par un commissaire à la santé qui serait un mandataire du Parlement (tout comme le vérificateur général) nommé pour un mandat de cinq ans par consensus des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. La commission serait indépendante des gouvernements mais aurait des liens étroits avec des organismes gouvernementaux comme l'Institut canadien d'information sur la santé et les Instituts de recherche en santé du Canada. Ses délibérations seraient rendues publiques, et elle serait composée non pas de façon à représenter les circonscriptions mais de manière à refléter un large éventail de perspectives et de compétences.

1.2.2 Colleen Flood et Sujit Choudry

Dans un document préparé pour la Commission Romanow[13], les professeurs Colleen Flood et Sujit Choudry de l'Université de Toronto se disent d'avis qu'il existe un besoin réel d'avoir un organisme national non partisan, non soumis aux aléas politiques de l'heure, et plus capable d'adopter une vision à long terme que ne l'est un gouvernement élu. Ils proposent donc la création d'une commission de l'assurance-santé qui serait un organisme spécialisé et indépendant, dont les membres seraient nommés par le gouvernement fédéral et les provinces, mais dont le financement serait assuré par le gouvernement fédéral.

Le rôle confié à la commission de l'assurance-santé serait le suivant :

---

[12] Voir son document intitulé *A Prescription for Sustainability*, juin 2002.

[13] Collen M. Flood et Sujit Choudry, *Consolider les fondements : La modernisation de la Loi canadienne sur la santé*, publié par la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, août 2002.

- établir des indicateurs de performance spécifiques pour aider les provinces à atteindre les normes nationales énoncées dans la *Loi canadienne sur la santé*,
- publier (en collaboration avec l'Institut canadien d'information sur la santé) des rapports annuels sur la performance des régimes d'assurance-santé des provinces;
- fournir de l'aide financière aux provinces qui entreprennent la mise en œuvre de processus ou de programmes identifiés par la commission.

Le financement de la commission serait distinct des transferts fédéraux au titre des soins de santé. Il proviendrait plutôt de nouvelles ressources fédérales qui intégreraient toutes les initiatives de paiement actuelles du gouvernement fédéral dans le domaine des soins de santé (p. ex., les soins primaires et d'autres domaines).

Les professeurs Flood et Choudry proposent une méthode pour établir la composition de la commission, soit que chaque province nomme un commissaire et que le gouvernement fédéral en nomme cinq, pour un total de 15 membres. Les commissaires serviraient à plein temps et choisiraient, dans leurs rangs, un commissaire en chef. Toutes les décisions seraient prises à la majorité des deux tiers, ce qui signifie que les commissaires fédéraux auraient besoin de l'appui d'une majorité de commissaires provinciaux pour toute décision[14]. La commission proposée aurait un effectif de spécialistes constitué de chercheurs du secteur de la santé et elle rendrait ses rapports publics, y compris ses observations sur la conformité des régimes de soins de santé provinciaux aux normes nationales.

1.2.3 Tom Kent

Tom Kent, haut fonctionnaire fédéral au moment de la création du régime d'assurance-santé et souvent appelé le père de ce régime, a suggéré qu'Ottawa et les provinces nomment par consensus un conseil consultatif composé d'un large éventail de spécialistes[15]. Le but n'est ni de remplacer la gestion provinciale des programmes, ni de porter atteinte à la responsabilité fédérale à l'égard des principes de l'assurance-santé. Le conseil est plutôt vu comme un mécanisme de collaboration permettant de jeter un pont entre les deux niveaux de gouvernement de façon à ramener la réalité politique en harmonie avec la vision qu'ont la plupart des Canadiens du régime d'assurance-santé, c'est-à-dire une responsabilité conjointe au sein du système fédéral.

Le conseil que propose M. Kent serait financé à la fois par le gouvernement fédéral et les provinces. Il compterait un directeur exécutif et un effectif qui ne seraient des agents ni fédéraux ni provinciaux. L'organisme relèverait d'un comité mixte de ministres de la santé qui le chargerait d'effectuer des enquêtes et de formuler des recommandations sur toute une gamme de principes et de pratiques liés à l'assurance-santé.

L'organisme proposé servirait de plaque tournante à la collaboration et faciliterait l'innovation et les économies, en plus de servir de tribune pour une plus vaste consultation sur les politiques en matière de santé. Sur le plan administratif, il pourrait servir à superviser la mise

---

[14] Il convient toutefois de souligner que cette formule semble permettre aux commissaires provinciaux de se liguer ensemble pour faire adopter des décisions rejetées à l'unanimité par les commissaires fédéraux.
[15] Tom Kent, *Medicare: It's Decision Time*, The Caledon Institute of Social Policy, 2002.

en œuvre d'ententes sur des questions comme les dossiers de santé informatisés, l'information sur les soins de santé, une liste nationale des médicaments admissibles, l'achat en vrac, le partage d'installations, etc. Surtout, selon Kent, l'organisme favoriserait la reddition de comptes au public en préparant régulièrement des rapports pour fins de publication par le comité ministériel.

1.2.4 Duane Adams

Ayant examiné les propositions en vue d'améliorer la gouvernance du système de soins de santé canadien[16], le feu professeur Duane Adams, directeur fondateur de la Saskatchewan Institute of Public Policy, a souligné que l'ajout, au mécanisme de gouvernance du système canadien de la santé, d'un organisme de surveillance de la santé extérieur au gouvernement aurait des avantages pour la fédération et pour la population canadienne. Il a signalé que même si la majorité des gouvernements sont très sceptiques et méfiants face à ces organismes « indépendants », sous prétexte qu'ils pourraient amoindrir le pouvoir unilatéral des gouvernements, un organisme de surveillance autonome doit être vu comme une solution parmi d'autres pour accroître la participation du public, la transparence, la responsabilité à l'égard du public et la confiance de la population.

Une option proposée par M. Adams est un conseil canadien de la santé doté d'un petit effectif d'employés permanents et faisant appel à la participation du public. Son rôle pourrait notamment consister à :

- suivre le système de soins de santé canadien et informer régulièrement les gouvernements et la population canadienne de ses constatations;
- évaluer certaines questions de santé pancanadiennes qui intéressent immédiatement le public et élaborer des options pratiques pour les régler;
- servir d'organisme neutre d'enquête sur les faits lors de différends intergouvernementaux touchant la *Loi canadienne sur la santé* et d'autres questions qui lui sont confiées par les gouvernements et agir, à la demande des gouvernements, comme facilitateur/médiateur dans les processus de résolution de conflits;
- présenter au public un rapport annuel sur le rendement du système de santé et sur les questions émergentes connexes;
- assumer une certaine responsabilité dans la vérification de concepts innovateurs pour la prestation et la gestion de services de santé d'importance nationale;
- peut-être servir de vecteur pour réunir et diffuser les pratiques exemplaires des régies régionales de la santé d'un bout à l'autre du Canada.

Le conseil ferait partie d'un réseau d'organismes servant à améliorer la gestion du système de soins de santé. Il pourrait comprendre des représentants de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, des Instituts de recherche en santé du Canada, de

[16] Duane Adams, « Conclusions: proposals for advancing federalism, democracy and governance of the Canadian health system », dans *Federalism, Democracy and Health Policy in Canada*, publié par Duane Adams, McGill-Queen's University Press, 2002.

l'Institut canadien d'information sur la santé et du Conseil canadien d'agrément des services de santé.

1.2.5 Lawrence Nestman

Lors de son témoignage devant le Comité[17], le professeur Lawrence Nestman, de l'École d'administration des services de soins de santé de l'Université Dalhousie, s'est inspiré de l'expérience du Conseil fédéral d'hygiène qui existait dans les années 60. C'était un organisme permanent qui permettait aux ministres et aux sous-ministres de faire la liaison avec un certain nombre de commissions de la santé actives aux niveaux fédéral ou provincial. Il était doté d'un secrétariat permanent où travaillaient des gens hautement qualifiés qui traitaient avec les fonctionnaires dans les ministères de la Santé des provinces. Cette situation permettait une certaine continuité dans l'élaboration des politiques et une meilleure coordination des relations fédérales-provinciales que la situation actuelle. Le professeur Nestman a donc proposé : « [L]e concept d'un conseil fédéral d'hygiène version révisée pour le gouvernement fédéral, auquel s'ajouterait une quelconque infrastructure permanente dans les provinces, [qui] améliorerait les relations fédérales-provinciales et assurerait une certaine continuité, tout en injectant une certaine dose d'autonomie pour l'administration au jour le jour [18]».

1.3 La proposition du Comité

Toutes les propositions qui précèdent contiennent des éléments intéressants et des suggestions précieuses, mais aucune ne répond à toutes les exigences que le Comité juge nécessaires. En outre, toutes ces propositions attribuent aux organismes proposés des mandats beaucoup plus vastes que ce qu'envisage le Comité à l'heure actuelle. Ce dernier pense toutefois, comme de nombreux témoins, qu'il faut prendre des mesures pour « dépolitiser » la gestion du système de soins de santé. Comme il estime que ce processus en est un à très long terme, il considère important se concentrer pour commencer sur la fonction d'évaluation. Par conséquent, d'après le Comité, l'organisme indépendant d'évaluation doit avoir pour mandat de publier un rapport annuel sur l'état du système de soins de santé et sur l'état de santé des Canadiens, ainsi que de produire tous les autres rapports qu'il jugera nécessaires pour susciter des améliorations dans les résultats et la prestation des soins de santé au Canada. Le Comité estime en outre qu'il conviendrait que cet organisme conseille le gouvernement fédéral sur la façon de dépenser les recettes additionnelles perçues afin de réformer et de renouveler le système de soins de santé (voir le chapitre quatorze).

Par conséquent, d'après le Comité, l'organisme indépendant d'évaluation doit avoir pour mandat de publier un rapport annuel sur l'état du système de soins de santé et sur l'état de santé des Canadiens, ainsi que de produire tous les autres rapports qu'il jugera nécessaires pour susciter des améliorations dans les résultats et la prestation des soins de santé au Canada.

Pour légitimer de tels rapports auprès de tous les niveaux de gouvernement tout en assurant leur production indépendante et, par conséquent, leur crédibilité aux yeux de la

[17] 9 mai 2002 (*Témoignages*, fascicule nº 55).
[18] *Ibid.*

population canadienne, le Comité recommande l'adoption des structures et des procédures suivantes.

En premier lieu, il faut un nouvel organisme, soit un comité fédéral-provincial-territorial (FPT). Ce comité doit être structuré de façon à ce que ni les représentants fédéraux, ni les représentants provinciaux ou territoriaux ne puissent dominer. Il est donc proposé qu'il soit composé d'un représentant provincial-territorial pour chacune des cinq grandes régions du pays (Atlantique, Québec, Ontario, Prairies, Colombie-Britannique) pour un total de cinq, ainsi que de cinq représentants du gouvernement fédéral. Le mode de sélection des représentants provinciaux-territoriaux reste à déterminer[19].

Après consultation auprès d'un vaste éventail d'intervenants en santé, le comité FPT nommera alors un commissaire national aux soins de santé. Il choisira également les membres d'un conseil national des soins de santé présidé par le commissaire, en faisant une sélection parmi les candidats proposés par ce dernier. Lors des nominations au conseil, le commissaire sera chargé d'y assurer l'équilibre et de voir à ce que l'ensemble de la population soit représenté. Les conseillers seront nommés en fonction de leur capacité d'avoir une vue globale du système de soins de santé, et non en tant que représentants de groupes d'intérêts particuliers en matière de soins de santé.

Pour que la sélection du commissaire et des membres du conseil ne soit dominée ni par les représentants fédéraux, ni par les représentants provinciaux-territoriaux, toutes les nominations se feront à la majorité des deux tiers. Si le comité FPT compte 10 membres, il faudra sept voix pour confirmer une nomination, ce qui signifie que ni les représentants fédéraux ni les représentants provinciaux-territoriaux ne réussiront à eux seuls à faire élire un des leurs. Cette procédure garantira que les membres du conseil sont indépendants du gouvernement (puisqu'ils auront été nommés par le commissaire), mais ils jouiront d'une légitimité suffisante pour donner du poids à leur rapport (puisqu'ils auront été nommés par le comité FPT).

Le commissaire sera nommé pour un mandat de cinq ans, qui pourra être reconduit une seule fois. Les membres du conseil seront nommés pour des mandats de trois ans, lesquels pourront aussi être renouvelés une fois. La moitié du conseil sera donc renouvelée tous les trois ans. On considère que huit est un nombre raisonnable de conseillers, soit neuf au total en comptant le commissaire. Leur travail au conseil sera rémunéré adéquatement, mais ne constituera pas un emploi à plein temps. Le commissaire pourra compter sur un effectif d'employés à temps plein.

Le conseil sera responsable en dernière analyse de la publication du rapport annuel et le présentera à chaque ministère de la Santé en demandant qu'il soit déposé devant toutes les législatures, soit fédérale, provinciales et territoriales. Le Comité recommande que tous les ministres de la Santé réagissent officiellement, dans les six mois, au rapport annuel que le conseil national des soins de santé produira chaque année. Le Comité reconnaît qu'il n'est pas possible d'obliger légalement les ministres de la Santé à réagir au rapport annuel mais espère

[19] Cette forme de représentation provinciale-territoriale a été utilisée pour le conseil d'administration de la Société canadienne du sang dont la mission est de gérer le système d'approvisionnement en sang et en produits sanguins de toutes les provinces sauf le Québec. Chacune des quatre régions suivantes est représentée par un directeur différent : a) Colombie-Britannique et Yukon; b) Prairies, Territoires du Nord-Ouest et Nunavut; c) Ontario; d) Atlantique.

qu'ils accepteront de le faire, tout comme le gouvernement fédéral est tenu de réagir aux recommandations formulées par les comités de la Chambre des communes dans un délai établi. Une telle procédure fera en sorte que le rapport annuel du conseil soit pris au sérieux. En outre, comme le rapport annuel du conseil sera présenté simultanément au public, celui-ci exercera des pressions supplémentaires sur tous les gouvernements pour qu'ils étudient soigneusement le rapports et ses recommandations et y répondent.

D'après le Comité, le gouvernement fédéral doit faire preuve de leadership et financer le travail du commissaire et du conseil. Ces fonds proviendront du surcroît de recettes dont le Comité recommande la perception au chapitre quinze.

Si le commissaire et le conseil jugent nécessaire d'étendre la portée de leurs travaux, ou si les gouvernements fédéral et provinciaux demandent l'élargissement de leurs fonctions, le financement supplémentaire nécessaire devra être fourni également par les provinces et le gouvernement fédéral et ne pas incomber exclusivement à ce dernier.

Le commissaire sera chargé d'embaucher le personnel professionnel et technique nécessaire pour réaliser le mandat du conseil. Toutefois, le commissaire ne devra pas faire double emploi avec les travaux d'organismes existants. Il devra plutôt collaborer avec l'ICIS, la FCRSS et d'autres organismes fédéraux et provinciaux intéressés, afin de veiller à l'application des méthodes les plus efficaces possible pour recueillir les données et l'information nécessaires afin de produire le rapport annuel (voir le chapitre dix).

D'après le Comité, un conseil national des soins de santé ainsi structuré et présidé par un commissaire aux soins de santé indépendant répond aux quatre conditions décrites précédemment, c'est-à-dire :

- le processus revêt un caractère national et non purement fédéral;
- le commissaire et le conseil sont indépendants du gouvernement, mais leur légitimité est assurée du fait qu'ils sont nommés par des représentants du gouvernement;
- la production d'un rapport annuel est financée par le gouvernement;
- les travaux du commissaire et du conseil prennent appui sur ceux des organismes existants.

En résumé donc, le Comité recommande :

Qu'un nouveau comité fédéral-provincial-territorial composé de cinq représentants provinciaux-territoriaux et cinq représentants fédéraux soit mis sur pied. Il aura pour mandat de nommer un commissaire national aux soins de santé et les huit autres membres d'un conseil national des soins de santé, choisis parmi les candidats proposés par le commissaire.

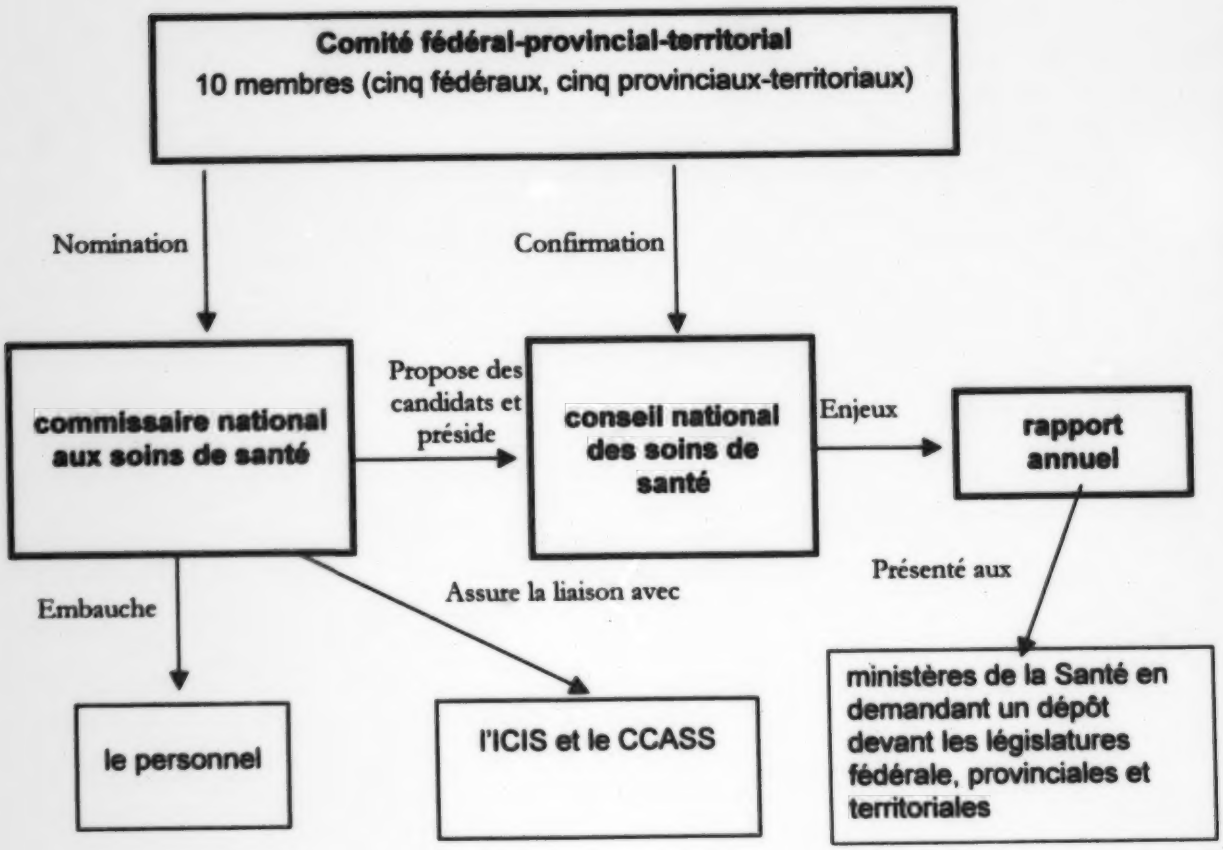
Que le commissaire national aux soins de santé soit chargé des responsabilités suivantes :

- **présenter au comité fédéral-provincial-territorial des candidatures pour le conseil national des soins de santé et présider le conseil une fois les nominations ratifiées;**
- **surveiller la production d'un rapport annuel sur l'état du système de soins de santé et sur l'état de santé des Canadiens qui comprendra des constatations et des recommandations pour améliorer la prestation et les résultats des soins de santé au Canada;**
- **travailler en collaboration avec le conseil national des soins de santé afin de conseiller le gouvernement fédéral sur l'affectation des recettes additionnelles perçues afin de réformer et de renouveler le système de soins de santé conformément aux recommandations formulées dans le présent rapport;**
- **embaucher le personnel nécessaire pour réaliser cet objectif et travailler en étroite collaboration avec les organismes indépendants existants afin de réduire au minimum le chevauchement des fonctions.**

Que le gouvernement fédéral verse 10 millions de dollars par année afin de financer le travail de ce commissaire et de ce conseil en vue de produire un rapport annuel sur l'état du système de soins de santé et sur l'état de santé des Canadiens, ainsi que de conseiller le gouvernement fédéral sur l'affectation du surcroît de recettes perçu afin de réformer et de renouveler le système de soins de santé.

Figure 1.1

Création proposée d'une charge de commissaire national aux soins de santé et d'un conseil national des soins de santé



Partie II : Mesures visant l'efficience

CHAPITRE DEUX

RESTRUCTURATION ET FINANCEMENT DES HÔPITAUX AU CANADA

À quelques exceptions près, les hôpitaux canadiens existent à titre d'entités sans but lucratif[20]. Ils appartiennent le plus souvent à des sociétés sans but lucratif ou à des organisations religieuses, mais parfois à des administrations municipales ou à des universités. Abstraction faite des hôpitaux psychiatriques, les administrations provinciales et territoriales sont rarement propriétaires d'hôpitaux. Dans tous les cas toutefois, la vaste majorité des revenus des hôpitaux proviennent d'une source unique : le ministère de la Santé provincial ou territorial.

TABLEAU 2.1
DÉPENSES HOSPITALIÈRES AU CANADA, DE 1986 À 2001
(EN POURCENTAGE DU TOTAL DES DÉPENSES EN SOINS DE SANTÉ)

	1986	1991	1996	1998	2001
Colombie-Britannique	37,0	34,1	30,4	29,6	28,1
Alberta	39,8	39,1	30,1	29,8	29,9
Saskatchewan	34,3	34,0	26,7	26,3	28,2
Manitoba	39,3	37,8	33,2	32,1	30,0
Ontario	37,9	36,0	33,2	30,6	29,6
Québec	46,9	44,4	38,0	38,4	36,4
Nouveau-Brunswick	42,6	40,9	39,1	36,8	38,1
Nouvelle-Écosse	47,0	46,1	38,7	40,5	37,8
Île-du-Prince-Édouard	38,6	38,9	36,1	35,6	34,7
Terre-Neuve	46,2	47,8	43,4	41,4	39,3
Moyenne au Canada	**41,0**	**39,9**	**34,9**	**34,1**	**33,2**

Source : Calculs effectués par la Division de l'économie de la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement sur la base de données de l'Institut canadien d'information sur la santé, « Dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux par affectation des fonds et par source de financement, 1975-2001», *Base de données sur les dépenses nationales de santé (BDDNS).*
Nota : Les hôpitaux comprennent tous les hôpitaux approuvés par les administrations provinciales qui offrent des soins de courte durée, des soins prolongés et des soins de longue durée, des services de réadaptation et de convalescence, des soins psychiatriques, ainsi que les postes de soins infirmiers et les hôpitaux isolés. La « moyenne au Canada » représente la moyenne provinciale non pondérée.

Les administrations provinciales ont versé quelque 32,1 milliards de dollars aux hôpitaux en 2001[21]. Cela représentait presque le tiers des dépenses des administrations provinciales et territoriales en soins de santé. Les hôpitaux constituent la plus grande catégorie de dépenses en soins de santé au Canada. Toutefois, leur part diminue de façon significative. Par

[20] Seulement 5 % des hôpitaux du Canada sont des établissements privés à but lucratif.
[21] Institut canadien d'information sur la santé, « Dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux par affectation des fonds et par source de financement, 1975-2001 », *Base de données sur les dépenses nationales en santé (BDDNS)* (http://www.cihi.ca/dispPage.jsp?cw_page=statistics_results_source_nhex_e)

exemple, en 1986, les hôpitaux étaient à l'origine d'environ 41 % en moyenne du total des dépenses provinciales en soins de santé. En 2001, la moyenne est tombée à environ 33 % (voir le tableau 2.1). Cette baisse marquée est imputable principalement aux changements survenus dans les connaissances et les technologies qui permettent de plus en plus d'établir le diagnostic et de dispenser des thérapies en toute sécurité à l'extérieur des hôpitaux et, par conséquent, à la diminution des effectifs et à la restructuration des hôpitaux à l'échelle du pays. Parallèlement à la baisse de la proportion des dépenses de santé consacrées aux soins hospitaliers, on observe une progression du pourcentage qui est affecté aux soins à domicile et à d'autres formes de soins communautaires.

Dans le volume cinq, le Comité a énoncé plusieurs principes relativement au financement des hôpitaux. D'après le principe un, le Canada doit conserver le modèle de la source unique de financement et d'assurance, à savoir le gouvernement[22]. Ensuite, au principe huit, il est proposé que les méthodes actuelles de rémunération des hôpitaux soient remplacées par un financement fondé sur les services dispensés[23].

Le Comité croit que le financement fondé sur les services dispensés permettra d'atteindre plusieurs objectifs importants, notamment : établir correctement le coût individuel des services hospitaliers; améliorer l'efficience globale des hôpitaux; permettre au public de comparer le rendement des hôpitaux; améliorer la reddition de comptes des hôpitaux; favoriser la concurrence entre les hôpitaux; réduire les listes d'attente et encourager la mise en place d'autres centres de spécialisation.

Le Comité croit que le financement fondé sur les services dispensés permettra d'atteindre plusieurs objectifs importants, notamment : établir correctement le coût individuel des services hospitaliers; améliorer l'efficience globale des hôpitaux; permettre au public de comparer le rendement des hôpitaux; améliorer la reddition de comptes des hôpitaux; favoriser la concurrence entre les hôpitaux; réduire les listes d'attente et encourager la mise en place d'autres centres de spécialisation.

Le Comité a également reconnu dans le volume cinq que des modifications au modèle de financement fondé seulement sur les services dispensés pourraient être nécessaires pour les hôpitaux d'enseignement, et peut-être pour les très petits hôpitaux communautaires. Nous croyons également que l'administration fédérale devrait envisager de participer aux dépenses d'équipement des hôpitaux, particulièrement dans les centres universitaires des sciences de la santé (ou les hôpitaux d'enseignement) et les hôpitaux situés dans les régions du pays qui connaissent une croissance démographique exceptionnellement élevée.

Ce chapitre présente de l'information sur le financement des hôpitaux au Canada, résume les témoignages reçus sur cette question et réitère le point de vue du Comité sur la valeur du financement fondé sur les services dispensés. Il compte sept sections. À la section 2.1, les méthodes actuelles de financement des hôpitaux au Canada sont présentées et comparées. À la section 2.2, le fonctionnement du financement fondé sur les services dispensés est décrit et l'expérience internationale pertinente est passée en revue. La section 2.3 précise les raisons pour

[22] Volume cinq, p. 25-27.
[23] Volume cinq, p. 38-41.

lesquelles le Comité recommande le financement fondé sur les services dispensés et met en relief les diverses difficultés que présente ce mode de rémunération des hôpitaux. Les sections 2.4 et 2.5 traitent des particularités des centres universitaires des sciences de la santé et des hôpitaux communautaires en milieu rural. La section 2.6 porte sur la question des besoins en dépenses d'immobilisations des hôpitaux canadiens. Enfin, la section 2.7 présente le point de vue du Comité sur les avantages comparés des hôpitaux publics et des hôpitaux privés (à but lucratif et sans but lucratif).

2.1 Méthodes de financement des hôpitaux au Canada : Avantages et inconvénients[24]

Les administrations provinciales et territoriales utilisent diverses méthodes pour financer les hôpitaux. Il n'existe pas un modèle unique qui puisse décrire de façon exacte le financement des hôpitaux au Canada. En outre, les provinces et territoires n'utilisent pas une méthode unique de distribution de fonds aux hôpitaux qui sont situés sur leur territoire. La plupart des provinces comptent sur une méthode de financement principale pour affecter la plupart des fonds et sur des méthodes secondaires pour répartir des sommes moins importantes.

Les méthodes de financement des hôpitaux utilisées au Canada, autant les méthodes principales que secondaires, comprennent le financement élément par élément, la discrétion ministérielle, le financement fondé sur la population, le budget global, le financement fondé sur les politiques, le financement fondé sur les établissements, le financement par projet et le financement fondé sur les services. Comme l'indique le tableau 2.2, les administrations provinciales utilisent sept de ces méthodes pour financer les coûts *de fonctionnement* des hôpitaux. Les fonds destinés au financement des *dépenses d'immobilisations* (construction d'hôpitaux, rénovations majeures et achat d'équipement coûteux) sont fournis dans toutes les provinces en suivant une méthode fondée sur les projets.

---

[24] À moins d'indication contraire, les renseignements qui ont servi à la rédaction de cette section sont fondés sur les documents suivants :
Sheila Block, *The Ontario Alternative Budget 2002 – Health Spending in Ontario: Bleeding our Hospitals*, Canadian Centre for Policy Alternatives (Ontario), mai 2002. (www.policyalternatives.ca)
Comité sur la réévaluation du mode de budgétisation des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (Comité Bédard), *La budgétisation et la performance financière des centres hospitaliers*, Santé et Services sociaux, gouvernement du Québec, 2002. (www.msss.gouv.qc.ca)
Jeffrey C. Lozon et Robert M. Fox, « Academic Health Sciences Centres Laid Bare », *Healthcare Papers*, vol. 2, nº 3, 2002, p. 10-36. (http://www.longwoods.com/hp/2-3academic/index.html)
Les Vertesi, *Broken Promises: Why Canadian Medicare is in Trouble and What Can be Done to Save It*, document déposé au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2001.
Ian McKillop, George H. Pink et Lina M. Johnson, *The Financial Management of Acute Care in Canada, - A Review of Funding, Performance Monitoring and Reporting Practices*, Institut canadien d'information sur la santé, mars 2001. (http://www.cihi.ca/dispPage.jsp?cw_page=GR_32_E)
Ministère de la Santé du Danemark, *Hospital Funding and Casemix*, septembre 1999. (http://www.sum.dk/publika/eng/hosp_casemix/)
Nizar Ladak, *Understanding How Ontario Hospitals are Funded: An Introduction*, Joint Policy and Planning Committee, Ontario, mars 1998. (www.ippc.org)

TABLEAU 2.2
HÔPITAUX AU CANADA PAR PROVINCE, 2000

Province	Nombre d'hôpitaux	Nombre de lits pour 1 000 habitants	Principale méthode de financement	Méthode de financement secondaire
C.-B.	80	3,7	Élément par élément et pop.	Politique
ALB.	115	3,5	Population	Politique
SASK.	71	3,7	Population	Aucun
MAN.	79	4,1	Discrétion ministérielle	Aucun
ONT.	163	2,3	Budget global	Multiple[1]
QC	95	3,0	Budget global	Multiple[2]
N.-B.	30	5,3	Élément par élément et pop.	Aucun
N.-É.	35	3,3	Discrétion ministérielle	Aucun
Î.-P.-E.	7	3,4	Discrétion ministérielle	Aucun
T.-N.	33	4,6	Discrétion ministérielle	Aucun

Source : McKillop et coll. (2001), tableau 1.1 (p. 9), tableau 3.2 (p. 46) et tableau 3.5 (p. 53). Données démographiques de Statistique Canada, CANSIM II, tableau 051-0001.
(1) Fondé sur la politique, fondé sur l'établissement, fondé sur la population et fondé sur les services.
(2) Fondé sur la population et fondé sur la politique.
Nota : Le nombre de lits pour la Nouvelle-Écosse ne concerne que les soins de courte durée.

Deux provinces en particulier (Colombie-Britannique et Nouveau-Brunswick) utilisent une méthode élément par élément. Quatre provinces (Manitoba, Île-du-Prince-Édouard, Nouvelle-Écosse, Terre-Neuve) recourent à la méthode de la discrétion ministérielle. Deux provinces (Alberta et Saskatchewan) suivent une méthode fondée sur la population pour le financement des dépenses de fonctionnement, tandis que deux autres (Ontario et Québec) se servent de budgets globaux. La méthode fondée sur la politique est la plus utilisée comme méthode de financement secondaire dans quatre provinces (Colombie-Britannique, Alberta, Ontario et Québec). Deux provinces (Ontario et Québec) utilisent également une méthode fondée sur la population conjointement avec la méthode principale[25]. Actuellement seule l'Ontario se sert d'une méthode fondée sur les services pour financer certains services hospitaliers.

2.1.1 Financement élément par élément

La budgétisation élément par élément était auparavant la méthode de prédilection pour financer les hôpitaux au Canada. Selon cette méthode des montants précis sont négociés pour des éléments particuliers (ou des intrants), comme les services infirmiers dispensés aux hospitalisés ou les fournitures médicales/chirurgicales. L'affectation budgétaire totale d'un hôpital est simplement la somme des éléments. La Colombie-Britannique et le Nouveau-Brunswick utilisent toujours une budgétisation élément par élément (conjointement avec une méthode fondée sur la population) comme principale méthode de budgétisation.

[25] Bien que la méthode de classification du financement peut être la même pour plusieurs administrations, la façon dont la méthode est mise en oeuvre peut varier.

Dans la budgétisation élément par élément, les ministères provinciaux de la Santé peuvent lier des activités particulières à des objectifs stratégiques au moyen de dépenses directes. Par exemple, une province qui désire promouvoir la chirurgie d'un jour peut augmenter le financement par ligne affecté à cette activité par un facteur plus grand que celui qui est affecté aux soins infirmiers dispensés aux hospitalisés. Plus que certaines autres méthodes, le financement élément par élément permet aux hôpitaux de fonctionner avec une plus haute constance financière.

Toutefois, cette méthode de financement présente plusieurs inconvénients qui ont incité plusieurs ministères provinciaux à y renoncer. D'une part, la méthode élément par élément empêche la réaffectation entre les secteurs, ce qui réduit la souplesse dans la gestion des fonds. D'autre part, elle n'est pas liée au rendement et, par conséquent, n'encourage pas l'efficience. De plus, la budgétisation élément par élément ne renseigne que sur le coût des intrants et non sur le coût ou la qualité des produits. En outre, l'examen attentif d'un budget élément par élément nécessite un effort notable. Toutefois, l'inconvénient le plus important, c'est que cette méthode a tendance à réduire la capacité des conseils d'administration et des gestionnaires des hôpitaux de lier les activités des hôpitaux aux besoins de la collectivité qu'ils servent.

2.1.2 Discrétion ministérielle

Le financement selon cette méthode est fondé sur les décisions prises par le ministère provincial de la Santé en réponse à des demandes particulières faites par l'hôpital concerné. Elle est la principale méthode de financement au Manitoba, en Nouvelle-Écosse, à l'Île-du-Prince-Édouard et à Terre-Neuve.

La méthode de la discrétion ministérielle est hautement subjective, mais elle présente plusieurs avantages. Du point de vue du gouvernement, elle laisse une très grande latitude; les décisions ministérielles ne sont pas limitées par des formules ou d'autres méthodes de financement prédéterminées.

Le principal inconvénient de cette méthode de financement, c'est qu'elle risque d'être à courte vue, incohérente et ouvertement « politique ». Des changements importants peuvent être et sont apportés au financement à la suite de l'élection d'un nouveau gouvernement ou d'un changement de politique. En outre – et c'est un point essentiel pour le Comité – cette méthode manque certainement de transparence. Les témoins ont répété au Comité qu'il importe de dépolitiser le financement des hôpitaux. Par exemple, Mark Rochon, de l'Association des hôpitaux de l'Ontario, a déclaré :

> *Nous devons étudier et promouvoir les mécanismes qui, [...] autant que possible, mettent à l'abri du jeu politique les décisions relatives à la prestation des services de santé*[26].

2.1.3 Financement fondé sur la population

Pour prévoir la demande de services hospitaliers, le financement fondé sur la population se base sur les renseignements démographiques comme l'âge, le sexe, la situation

[26] Mark Rochon, Association des hôpitaux de l'Ontario (56:42).

socioéconomique et les taux de mortalité. Les prévisions de dépenses des hôpitaux (ou des régies régionales de la santé) sont calculées à partir de la demande prévue de certains services de santé et des coûts estimatifs de la prestation de ces services. Actuellement, l'Alberta et la Saskatchewan utilisent principalement cette méthode, tandis que la Colombie-Britannique et le Nouveau-Brunswick se servent de cette méthode conjointement avec la budgétisation élément par élément. Terre-Neuve, la Nouvelle-Écosse, l'Ontario et le Québec envisagent d'adopter une démarche fondée sur la population comme méthode de financement principale.

Le Comité a appris que la méthode fondée sur la population, étant donné qu'elle fait appel à des formules strictement pour répartir les fonds, peut être objective et équitable et répondre aux besoins particuliers des régions et des hôpitaux. En outre, le PDG de la régie régionale de la santé de Calgary, Jack Davis, a indiqué au Comité qu'en Alberta le système de financement fondé sur la population avait aidé à dépolitiser l'allocation des ressources[27].

Cependant, il est complexe et difficile d'appliquer une formule fondée sur la population qui tienne compte de tous les facteurs ayant une incidence sur les soins de santé que reçoit une population. Une telle méthode nécessite de bons systèmes d'information qui sont exigeants en termes de ressources (matériel, bases de données, personnel).

Cette méthode de budgétisation peut devenir trop complexe et créer un manque de transparence lorsque les utilisateurs ne sont pas en mesure de comprendre ou de prédire comment le montant des fonds a été déterminé. D'après Les Vertesi, chef du département de médecine d'urgence du Royal Columbian Hospital (Vancouver), un modèle de financement fondé sur la population ne permet que d'estimer où les ressources en matière de soins de santé seront nécessaires; il n'encourage pas la prestation d'un meilleur service[28].

2.1.4 Financement par budget global

La méthode du budget global consiste à ajuster les dépenses antérieures (comme l'allocation de base de l'année précédente) pour établir le niveau de financement proposé pour l'année qui vient. Cette méthode met l'accent sur le budget total de l'hôpital plutôt que sur des activités de service individuelles ou des centres de coûts au sein de l'hôpital. Des ajustements peuvent être apportés au montant de base à l'aide d'un multiplicateur (comme le taux d'inflation) ou d'un montant forfaitaire pour établir le niveau de financement pour les périodes futures. Le Québec a mis en place des budgets globaux comme méthode de financement principale en 1994, tandis que l'Ontario utilise cette méthode depuis 1969[29].

Le Comité a appris que, comme les activités hospitalières changent peu d'année en année, il est plus facile pour les administrations provinciales de simplement répéter l'allocation de l'année précédente en apportant un rajustement pour tenir compte de l'inflation ou de la croissance démographique. Par conséquent, les budgets globaux sont faciles à calculer pour les administrations provinciales et prévisibles pour l'hôpital. Le Dr Vertesi a expliqué que les budgets globaux sont de plus en plus utilisés, surtout parce qu'ils permettent aux

---

[27] Jack Davis, régie régionale de la santé de Calgary (53:40).
[28] Les Vertesi (2001), *op. cit.*, p. 117.
[29] Barer, M.L. (1995), « Hospital Financing in Canada », chapitre deux de *Hospital Funding in Seven Countries*, Office of Technology Assessment: U.S. Congress, p. 23.
(http://www.wws.princeton.edu/cgi-bin/byteserv.prl/~ota/disk1/1995/9525/952504.PDF)

gouvernements de limiter les coûts tout en accordant à la gestion hospitalière une grande discrétion quant à la répartition des fonds entre les diverses activités[30].

De plus, l'Association canadienne des soins de santé a fait valoir dans son mémoire que les budgets globaux favorisent l'efficacité en permettant aux hôpitaux de distribuer leurs économies d'un secteur d'activité à un autre secteur où un besoin se fait sentir. L'Association est également d'avis que le financement global permet la prestation de soins de santé complets et intégrés qui, à longue échéance, peuvent réduire les coûts d'ensemble des soins de santé[31].

Malgré ces avantages, de nombreux témoins ont fait valoir que le budget global présente de nombreux inconvénients et, d'après le Dr Vertesi, ce mode de rémunération des hôpitaux est archaïque[32]. Premièrement, un budget global n'est pas lié aux services qui sont réellement dispensés dans un hôpital. Deuxièmement, toute iniquité qui existe entre les hôpitaux est perpétuée par les budgets globaux. Troisièmement, les budgets globaux n'encouragent pas les hôpitaux à améliorer leur rendement; en effet, ils peuvent perpétuer et récompenser les hôpitaux inefficaces et pénaliser ceux qui sont plus efficaces. Quatrièmement, le financement par budget global ne peut pas s'adapter aux changements de la population et des structures de gestion. Cinquièmement, point peut-être le plus important, les budgets globaux entraînent une perte d'information progressive et permanente quant à ce que coûtent des services hospitaliers donnés. Les hôpitaux ne sont pas encouragés à mesurer de tels coûts unitaires.

Dans l'ensemble, la majorité des témoins ont convenu que, après des années de budgets globaux dans plusieurs provinces, personne ne sait plus le coût de quoi que ce soit et que, par conséquent, il est difficile de savoir, même approximativement, ce que le public reçoit pour son argent dans les hôpitaux. Le Comité est d'avis que la pénurie de données sur les coûts des services hospitaliers va à l'encontre de notre vision de ce que devrait être un secteur de services du XXIe siècle, c'est-à-dire un secteur capable de dispenser en temps opportun des soins de haute qualité en se fondant sur une prise de décision bien éclairée et un secteur dont on peut exiger des comptes, les gouvernements (et la population) sachant exactement quels services dans quels hôpitaux sont dispensés de façon efficiente et lesquels ne le sont pas.

Le Comité est d'avis que la pénurie de données sur les coûts des services hospitaliers va à l'encontre de notre vision de ce que devrait être un secteur de services du XXIe siècle, c'est-à-dire un secteur capable de dispenser en temps opportun des soins de haute qualité en se fondant sur une prise de décision bien éclairée et un secteur dont on peut exiger des comptes, les gouvernements (et la population) sachant exactement quels services dans quels hôpitaux sont dispensés de façon efficiente et lesquels ne le sont pas.

[30] Les Vertesi (2001), *op. cit.*, p. 31.
[31] Association canadienne des soins de santé, mémoire présenté au Comité en juin 2002, p. 6.
[32] Les Vertesi (53:44).

2.1.5 Financement fondé sur les politiques

Selon la méthode fondée sur les politiques, le financement est distribué en fonction d'objectifs stratégiques particuliers. Contrairement à la méthode de la discrétion ministérielle, où le ministère (ou le ministre) de la Santé répond à des demandes de financement individuelles, une décision relative au financement prise au moyen de la méthode fondée sur les politiques a le même effet sur tous les établissements qui dispensent les services encouragés par une politique en particulier (comme un séjour post-partum de 48 heures dans les maisons des naissances).

Du point de vue du gouvernement, cette méthode permet au ministère de s'assurer que les hôpitaux adoptent ses politiques. Néanmoins, de nombreux responsables d'hôpitaux considèrent que ce mode de financement porte atteinte à leurs activités et aux services qu'ils dispensent. En outre, ce n'est pas une source très prévisible de financement puisque la distribution des fonds varie au gré des changements de gouvernement ou de politique.

2.1.6 Financement fondé sur les établissements

Le financement fondé sur les établissements permet d'estimer les coûts de fonctionnement d'après les caractéristiques de l'hôpital, comme la taille, l'importance de l'activité d'enseignement, le taux d'occupation, la distance par rapport à l'établissement tertiaire le plus près (centres de soins spécialisés, etc.). Cette méthode reconnaît que la structure des différents hôpitaux peut influencer le coût de la prestation de services identiques.

Le financement fondé sur les établissements tient compte de la structure organisationnelle (les hôpitaux en milieu rural et les hôpitaux en milieu urbain, les hôpitaux d'enseignement et les hôpitaux communautaires, etc.). Toutefois, cette méthode ne tient pas suffisamment compte des changements démographiques ni de la distribution des maladies. Elle a en outre le défaut de ne pas récompenser l'efficience.

2.1.7 Financement par projet

Le financement par projet permet de distribuer les fonds selon des besoins ponctuels. Cette méthode est souvent utilisée par les administrations provinciales et territoriales pour financer des dépenses d'immobilisations (par exemple la construction d'une aile d'hôpital). Le financement par projet est différent du financement fondé sur les politiques : la première méthode dirige des fonds vers un hôpital en particulier pour un besoin déterminé, tandis que la deuxième répartit une réserve de fonds entre divers hôpitaux pour appliquer une politique gouvernementale.

2.1.8 Financement fondé sur les services dispensés

Le financement fondé sur les services dispensés est souvent appelé financement fondé sur la clientèle dans les ouvrages canadiens et étrangers; les deux expressions sont interchangeables dans le présent chapitre.

Le financement fondé sur la clientèle ou sur les services dispensés dépend du nombre et du type de cas traités (par exemple, le nombre de dialyses, de pontages, de remplacements de genoux ou de hanches) par un hôpital. Il comporte deux éléments essentiels : 1) le classement des malades dans des groupes cliniques qui utilisent des niveaux semblables de

ressources hospitalières et 2) l'utilisation d'un facteur de pondération pour chaque groupe pour estimer l'utilisation relative des ressources. Ces facteurs de pondération témoignent habituellement du coût moyen de traitement des patients de chaque groupe; ils sont utilisés pour établir, par établissement, des indices pour chaque groupe-client qui donnent une idée de la consommation moyenne de ressources, habituellement par rapport à une norme nationale. Plus l'indice est élevé, plus la consommation est grande. Les hôpitaux touchent un paiement pour chaque cas, en fonction du type de service ou d'intervention.

La documentation actuelle sur les méthodes de financement fondées sur la clientèle porte à croire que ces méthodes sont plus équitables que d'autres méthodes. Une caractéristique particulièrement attrayante des méthodes fondées sur la clientèle, c'est qu'elles encouragent l'efficience et le rendement. Les données internationales indiquent une nette tendance dans le sens de telles méthodes.

Au Canada, l'Ontario a utilisé une méthode de financement fondée sur les services dispensés au cours de l'été 2001 pour distribuer un financement forfaitaire de 95 millions de dollars aux hôpitaux. Le nouveau mode de financement a été mis au point par le Joint Policy and Planning Committee (JPPC). Le JPPC a recommandé que cette méthodologie soit mise en oeuvre graduellement au cours des trois prochaines années et que ses répercussions soient surveillées[33].

2.2 Financement fondé sur les services dispensés : Examen de l'expérience internationale

2.2.1 États-Unis

Comme au Canada, les hôpitaux constituent le principal poste de dépenses du secteur des soins de santé aux États-Unis. Toutefois, l'organisation du secteur hospitalier américain est l'une des plus complexe au monde, avec un ensemble hétérogène d'hôpitaux, de payeurs et de méthodes de financement[34]. En 1998, 28 % des hôpitaux étaient classés publics (État ou administration locale), 58 % étaient des hôpitaux privés sans but lucratif et 14 % étaient des hôpitaux privés à but lucratif[35]. Les services hospitaliers sont payés par des assureurs privés, par les patients eux-mêmes et par les programmes Medicaid et Medicare[36].

En 1983, la Health Care Financing Administration (maintenant appelée Centers for Medicare and Medicaid Services) a mis en place un système de paiements préétablis (Prospective Payment System) dans le cadre duquel les hôpitaux sont payés selon une approche fondée sur la clientèle, à savoir sur des groupes homogènes de patients (Diagnostic Related Groups classification, ou DRG). Quatre-vingt-un pour cent des hôpitaux sont maintenant

---

[33] Ontario Joint Policy and Planning Committee, *Hospital Funding Report Using 2000/01 Data*, document de référence nº RD 9-12, octobre 2001 (www.jppc.org).

[34] Mary Laschober et James Vertrees (1995), « Hospital Financing in the United States », chapitre huit de *Hospital Funding in Seven Countries*, Office of Technology Assessment: U.S. Congress, p. 136. (http://www.wws.princeton.edu/cgi-bin/byteserv.prl/~ota/disk1/1995/9525/952510.PDF)

[35] *Comité Bédard* (2001), p. 38.

[36] Medicaid est un programme conjoint fédéral-État qui assure les soins de santé aux Américains à faible revenu. Medicare est un programme fédéral d'assurance-santé chargé d'assurer les personnes de 65 ans et plus. Ensemble, ces deux programmes assurent environ 30 % de la population américaine.

rémunérés selon ce système[37]. Les taux versés aux hôpitaux sont fondés sur le coût moyen d'un traitement donné et sont indépendants de la durée réelle du séjour à l'hôpital[38]. Les taux peuvent être rajustés à la hausse si un hôpital sert une population comptant un nombre disproportionné de personnes à faible revenu. La plupart des hôpitaux utilisent une méthode commune d'établissement des taux, mais les taux réels sont déterminés par chacun des États. Tous les taux sont revus annuellement par le Congrès des États-Unis. Les compagnies d'assurance privées et les régimes de soins gérés sont libres d'établir leurs propres taux hospitaliers selon les lignes directrices de l'État, le cas échéant.

La vaste gamme de payeurs et de taux de paiement selon la classification DRG a incité les hôpitaux à établir des systèmes d'information détaillés comportant des coûts administratifs élevés. Néanmoins, les DRG permettent de comparer l'utilisation des ressources entre les divers hôpitaux américains et, par conséquent, encouragent la concurrence entre les établissements. Dans son témoignage au Comité, le Dr Duncan Sinclair, ancien président de la Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario, a déclaré ce qui suit :

> *[...] ce n'est pas une mauvaise idée de payer les hôpitaux sur la base de diagnostics repères et des volumes y afférents, comme cela se fait dans certaines provinces et aussi aux États-Unis. C'est une très bonne idée*[39].

D'après la documentation, le surclassement des DRG est devenu un problème courant parmi les hôpitaux américains. Ce problème survient lorsque les hôpitaux tentent de maximiser leurs remboursements en choisissant les codes de diagnostic qui entraînent des paiements plus élevés, qui ne sont pas nécessairement justifiés sur le plan médical[40]. Toutefois, le Comité a également reçu des témoignages selon lesquels des vérifications rigoureuses de la catégorie DRG dans laquelle un patient est placé ont permis de réduire le problème de façon substantielle, particulièrement depuis que des firmes de soins de santé et leurs cadres supérieurs ont été reconnus coupables de fraude relativement à cette pratique, affaires qui ont fait couler beaucoup d'encre.

2.2.2 Royaume-Uni

La Grande-Bretagne a remanié de fond en comble son National Health Service (NHS) en 1991. On a alors mis en place un système de concurrence interne en séparant « l'acheteur » du « fournisseur » de services de santé. Les hôpitaux ont été établis comme des « fiducies » et devaient négocier des contrats avec les acheteurs – les médecins et les régies régionales de la santé détenteurs d'une enveloppe budgétaire. Pour faciliter l'utilisation de ce modèle, des systèmes fondés sur des DRG ont été mis en place comme méthode de paiement. Toutefois, les réformes du NHS ont été vivement critiquées parce qu'elles ont entraîné des hausses importantes des coûts administratifs.

---

[37] *Comité Bédard* (2001), p. 38.

[38] Deux listes de taux sont utilisés selon qu'un hôpital est situé dans un secteur urbain (comptant plus d'un millions d'habitants) ou dans secteur non urbain.

[39] Dr Duncan Sinclair (50:12).

[40] PricewaterhouseCoopers Healthcare (2000) « Health Care Fraud and Abuse: DRG Creep », *Issues*. (http://www.pwcglobal.com/extweb/manissue.nsf/DocID/80FFF2EE2B921FC9852566D7004D5BC)

D'autres réformes ont eu lieu en 1997 remplaçant par la coopération l'accent qui était mis auparavant sur la concurrence, mais le financement des hôpitaux est resté inchangé. Actuellement, les régies régionales de la santé de district sont financées en fonction de leur population. Les hôpitaux sont ensuite financés par les régies selon les méthodes fondées sur les groupes qui composent la clientèle.

2.2.3 France

Le secteur hospitalier en France se divise en deux. Il y a, d'une part, les hôpitaux publics, responsables d'environ 75 % de l'activité hospitalière et, d'autre part, les hôpitaux privés qui justifient les 25 % restants. Par conséquent, les deux types d'hôpitaux sont rémunérés différemment. Tous les hôpitaux publics reçoivent des budgets d'exploitation globaux qui sont fondés sur le montant de l'année précédente augmenté annuellement par un taux fixé par le gouvernement. Les hôpitaux privés par contre sont rémunérés selon des taux quotidiens pour le nombre de cas traités.

La France envisage actuellement de financer les hôpitaux publics selon une méthode fondée sur la clientèle. Depuis presque 20 ans, le secteur hospitalier français met au point des systèmes d'information fondés sur des groupes homogènes de patients inspirés des DRG. En 1996, le Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI) permettait de publier pour la première fois des données fiables sur les patients conçues particulièrement pour les conditions françaises. Lorsque les données du PMSI ont été utilisées pour mesurer le rendement des hôpitaux français, elles ont révélé des écarts au niveau du rendement et de la capacité des institutions et des régions. Les analystes français croient que le système actuel fondé sur les budgets globaux perpétue ces disparités.

2.2.4 Danemark[41]

La majorité des hôpitaux du Danemark sont des hôpitaux publics appartenant aux conseils de comté et sont financés par ces derniers. Moins de 1 % du nombre total de lits sont fournis par des hôpitaux privés à but lucratif. Dans la région de Copenhague, les hôpitaux appartenant aux municipalités et financés par ces dernières sont regroupés dans une compagnie publique, la société hospitalière de Copenhague. La société est gérée par un conseil dont les membres sont nommés par les municipalités et le gouvernement national, et qui compte notamment des représentants du secteur privé.

Jusqu'à récemment, l'affectation des ressources aux hôpitaux se faisait principalement au moyen de budgets globaux prospectifs établis par les conseils de comté. Les investissements en immobilisations importants font l'objet d'une décision conjointe des conseils et des hôpitaux de comté et sont financés ponctuellement.

La budgétisation globale s'est avérée efficace pour gérer les dépenses des hôpitaux, mais elle présente peu d'encouragements financiers à améliorer l'efficacité aux points de service et à accroître l'activité en réponse à la demande, de sorte que les listes d'attente pour certaines interventions allongent. En réponse à ces lacunes, des fonds ont été alloués aux comtés en 1997 pour leur permettre de mettre à l'essai un système de financement fondé sur les services

---

[41] Les renseignements contenus dans cette section sont fondés sur un document du European Observatory on Health Care Systems : *Health Care Systems in Transition – Denmark*, 2001. (http://www.euro.who.int/observatory/TopPage)

dispensés. Pour encourager davantage le traitement de patients provenant d'autres comtés, le gouvernement national a mis en place en 1999 un système complet de paiement en fonction de DRG à l'égard de ces patients. Les taux ont été fixés à un niveau délibérément élevé pour stimuler la concurrence entre les hôpitaux.

En 2000, le gouvernement national a mis en place officiellement un système qui conjugue budgets globaux et DRG, assortis de cibles d'activité négociées pour chaque hôpital. Selon le nouveau système, chaque hôpital reçoit un budget initial correspondant à 90 % des taux DRG correspondant à la distribution de la clientèle dans la cible d'activité négociée, et les 10 % restants sont affectés en fonction de l'activité réelle. Les hôpitaux qui dispensent plus de traitements que leur cible négociée reçoivent des fonds supplémentaires. Le gouvernement national prévoit encourager des projets-pilotes où plus de 10 % du revenu de l'hôpital est fondé sur l'activité.

2.2.5 Norvège[42]

Moins de 1 % de tous les lits d'hôpital et 5 % des services externes de la Norvège sont privés. Les comtés de la Norvège sont responsables du financement de tous les hôpitaux publics à l'exception d'un hôpital régional que possède et exploite le gouvernement national.

De 1980 à 1997, les hôpitaux norvégiens ont reçu des budgets globaux de leur comté. Bien qu'il ait été convenu que ce système permettait aux gouvernements de maîtriser les coûts et la distribution des ressources, une commission royale nommée en 1987 a révélé que les budgets globaux encourageaient certains hôpitaux à réduire leurs services pour éviter les dépassements de budget.

À la suite des recommandations de la commission, le gouvernement national s'est mis à accorder directement des subventions aux comtés pour le compte des hôpitaux, subventions dont le montant est fondé sur un système de DRG conjugué à des budgets globaux. La réforme mise en place en 1997 devait accroître les services aux patients hospitalisés, augmenter la productivité et réduire les listes d'attente. La nouvelle méthode de paiement a été mise en place graduellement : en 1997, 70 % des subventions aux comtés ont été accordées selon une formule fondée sur les besoins, tandis que les 30 % restants ont été versés en fonction de l'activité hospitalière de l'année précédente, sur la base des taux DRG nationaux normalisés. En 1998, la rémunération était fondée à 55 % sur la formule et à 45 % sur l'activité et, enfin, elle est passée à 50-50 en 1999. Depuis 1999, les chirurgies d'un jour sont financées en fonction du système des DRG. Les hôpitaux d'enseignement reçoivent deux subventions supplémentaires : l'une s'applique à l'enseignement et à la recherche et l'autre sert à financer le traitement de patients dont le cas est complexe et cher.

2.2.6 Examen de l'expérience internationale par le comité Bédard

En juin 2000, le ministère de la Santé du Québec a établi un groupe de travail pour examiner le financement des hôpitaux dans la province. Ce groupe de travail, appelé *Comité sur la réévaluation du mode de budgétisation des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés*, était présidé par Denis Bédard. Le comité Bédard a publié son rapport en décembre 2001. Une

---

[42] Les renseignements contenus dans cette section sont fondés sur un document du European Observatory on Health Care Systems: *Health Care Systems in Transition – Norway*, 2000. (http://www.euro.who.int/document/e68950.pdf)

section du rapport portait sur la budgétisation des hôpitaux aux États-Unis, au Royaume-Uni, en France, en Belgique et en Norvège. Le comité Bédard a fait plusieurs observations intéressantes fondées sur cet examen international :

- Les méthodes de financement des hôpitaux fondées sur la population sont largement utilisées et reconnues comme équitables.
- On observe une tendance allant de la budgétisation globale vers des systèmes d'information fondés sur le modèle des DRG.
- Les pays cherchent des mécanismes qui permettent de faire le lien entre la production et la consommation de services hospitaliers.
- On observe une tendance vers des méthodes d'évaluation plus perfectionnées de la performance financière des hôpitaux.
- Les pays mettent davantage l'accent sur la qualité des soins dans la prestation des services hospitaliers.

Dans l'ensemble, le comité Bédard a recommandé d'axer la méthode de budgétisation des hôpitaux du Québec sur les DRG et sur le rendement. Il est reconnu que des rajustements devront être apportés pour les hôpitaux d'enseignement. Le comité Bédard a également recommandé que le ministère de la Santé du Québec s'appuie sur le travail de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) plutôt que de tenter d'élaborer sa propre base de données sur les groupes qui composent la clientèle (le travail de l'ICIS est décrit plus en détails ci-dessous).

2.3 Justification du financement fondé sur les services dispensés au Canada

Il est reconnu, autant au Canada qu'à l'étranger, que l'information sur l'utilisation des ressources hospitalières (et autres) est essentielle pour obtenir les résultats escomptés en matière de soins de santé, et ce, de façon efficiente. Dans les méthodes actuelles de financement des hôpitaux au Canada, les décisions ne sont généralement pas fondées sur des données détaillées sur les coûts puisque le financement est dicté par des considérations politiques ou fondé sur les tendances historiques et que, de toute façon, l'information nécessaire n'existe tout simplement pas.

Le Comité est convaincu de la nécessité de réviser les mécanismes actuels de financement des hôpitaux qui reposent sur les intrants financiers et non sur les résultats finaux, afin de mettre l'accent sur le rendement de la prestation des services hospitaliers.

Comme il est expliqué à la section 2.1, les provinces ont tenté récemment d'améliorer leur capacité de prise de décisions en mettant en place des modèles de financement, comme le financement fondé sur la population, qui exigent une information meilleure et plus détaillée, mais cette méthode d'établissement des budgets ne permet d'établir que des estimations très approximatives des besoins des hôpitaux. De plus, il n'est pas garanti que chaque hôpital saura exploiter efficacement les ressources qui lui sont ainsi attribuées pour dispenser les services voulus avec les résultats escomptés. Par conséquent, le Comité est convaincu de la nécessité de réviser les mécanismes actuels de financement des hôpitaux qui reposent sur les intrants

financiers et non sur les résultats finaux, afin de mettre l'accent sur le rendement de la prestation des services hospitaliers.

La majorité des témoins que le Comité a entendus souscrivent à l'adoption d'une formule de financement fondée sur les services dispensés. Par exemple, Michael Decter, ancien sous-ministre de la Santé du Manitoba et de l'Ontario et actuellement président du conseil d'administration de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), a déclaré :

> *À mon avis, la bonne façon de financer les hôpitaux, c'est de les financer pour ce qu'ils font, pour les résultats qu'ils obtiennent*[43].

Les avantages suivants du financement fondé sur les services dispensés ont été soulignés au Comité :

- Une meilleure information – Des témoins ont dit au Comité que le financement fondé sur les services dispensés exige de meilleurs renseignements, ce que le Comité considère comme essentiel pour mesurer le rendement du système de soins de santé sur les plans de la qualité et des résultats[44]. En fait, le manque de données cruciales entrave actuellement le travail des fournisseurs de soins de santé et celui des décideurs gouvernementaux. Dans son mémoire, l'Association canadienne des soins de santé a indiqué que ses membres croient fermement qu'il faut mettre en place des services d'établissement des coûts et améliorer les mécanismes de mesure du rendement et les repères[45].

- Transparence et reddition de comptes – Des témoins ont souligné qu'étant donné que la méthode fondée sur les services lie le financement aux services effectivement dispensés, la reddition de comptes relativement à l'utilisation de fonds et la transparence des coûts s'en trouveraient grandement améliorées. Par exemple, dans le mémoire qu'elle a présenté au Comité, l'Association des hôpitaux de l'Ontario a affirmé que la population pourrait ainsi constater le lien direct entre le niveau de financement et le nombre et le type d'interventions pratiquées[46].

- Équité dans la distribution du financement – Comme il repose sur la formule du « prix multiplié par le volume », le financement fondé sur les services dispensés est, pour beaucoup de témoins, un mécanisme plus équitable que les méthodes actuelles[47]. En outre, en attachant un prix à des services hospitaliers donnés, le financement fondé sur les services permet au bailleur de fonds de susciter des changements en modifiant la valeur attachée à des services particuliers.

- Investissement en capital – Le Dr Les Vertesi a informé le Comité que le système de soins de santé au Canada manque d'investissements dans les

---

[43] Michael Decter (52:12).
[44] Mark Rochon, Association des hôpitaux de l'Ontario (56:43).
[45] Association canadienne des soins de santé, mémoire présenté au Comité en juin 2002, p. 6.
[46] Association des hôpitaux de l'Ontario, mémoire présenté au Comité le 22 mai 2002, p. 36.
[47] Cette opinion a également été exprimée par Ladak (1998), *op. cit.*, p. 3.

immobilisations. Il a imputé cette situation à l'utilisation de budgets globaux qui n'attirent pas de capitaux et a fait valoir que le financement fondé sur les services dispensés, par contre, attire des capitaux extérieurs qui servent à construire des établissements.

- Indépendance – De nombreux témoins croient que le passage au financement fondé sur les services dispensés rendra les hôpitaux plus indépendants du gouvernement. Cela contribuera à dépolitiser la prise de décisions en matière de services hospitaliers. L'Association canadienne des soins de santé n'était pas d'accord avec ce point et elle a fait valoir que le financement fondé sur les services dispensés donnerait lieu très probablement à une plus grande microgestion par les gouvernements et non le contraire[48]. Le Comité ne partage pas ce point de vue. Comme la majorité des témoins, nous croyons que le financement fondé sur les services dispensés conférera aux hôpitaux la latitude dont ils ont besoin pour affecter les ressources financières et humaines en se fondant sur les pratiques exemplaires, en respectant les considérations d'efficience et en tenant compte des besoins observés au niveau local.

- Réduction de la taille des ministères provinciaux de la Santé – Le Comité estime en effet que le financement fondé sur les services dispensés réduira énormément la microgestion descendante par contrôle et commandement dans les hôpitaux, qui caractérise actuellement tous les ministères provinciaux de la Santé. L'atténuation du rôle que jouent ces ministères entraînera une diminution correspondante du nombre d'employés.

- Prestation des services axée sur le patient – Le Dr Vertesi a affirmé que lorsque les hôpitaux sont payés en fonction des services effectivement dispensés, les patients deviennent une source de revenu plutôt qu'un fardeau pour l'établissement. Le financement fondé sur les services dispensés encourage les fournisseurs à accroître l'efficacité, le volume des services et la satisfaction des patients, ce qui est nécessaire actuellement[49].

- Efficience et rendement – Les mécanismes de financement des hôpitaux actuels n'encouragent pas les bons résultats et produisent souvent des résultats pervers sur le plan de la gestion financière. En fait, une étude de 1998 menée par l'Ontario Joint Policy and Planning Committee a révélé que les budgets globaux ne permettent pas d'établir de corrélation entre les déficits/surplus des hôpitaux et le rapport coût-efficacité dans le secteur hospitalier de l'Ontario. De façon plus précise, l'étude a conclu que plusieurs hôpitaux ontariens inefficaces affichent des surplus budgétaires et qu'un nombre encore plus grand d'hôpitaux qui sont considérés comme ayant un bon rapport coût-efficacité accusent des déficits[50]. Le financement fondé sur les services dispensés change la perspective financière puisque les hôpitaux sont payés en fonction de ce qu'ils font réellement plutôt que de toucher tel

---

[48] Association canadienne des soins de santé, mémoire présenté au Comité, p. 7.

[49] Les Vertesi (2001), *op. cit.*, p. 118.

[50] Ontario Joint Policy and Planning Committee Financial Issues Advisory Group (1998), *Understanding the Financial Pressures of Ontario Hospitals: Short and Long Term Solutions*, document nº RD 7-10. (www.ippc.org)

ou tel montant qui répond à leurs besoins prévus. Comme c'est le cas aussi ailleurs dans le domaine économique, ceci favorise à la fois l'efficience et le rendement.

- Structures de propriété multiple – Avec un bailleur de fonds/assureur unique, un financement fondé sur les services dispensés et la séparation de la fonction de financement de la fonction de prestation des services, on aboutit à un système dans lequel la question de la propriété de l'hôpital et sans importance. Le bailleur de fonds/assureur achète les services voulus à l'établissement qui offre le meilleur prix, pourvu que celui-ci réponde aux normes de qualité nécessaires. Il peut s'agit d'un établissement public ou d'un hôpital privé sans but lucratif ou à but lucratif. Comme il l'indique dans le volume cinq, le Comité croit que le patient et le bailleur de fonds/assureur recevront un service égal, peu importe la structure de propriété de l'établissement de soins de santé, pourvu que les deux conditions suivantes soient remplies : 1) tous les établissements d'une province reçoivent le même montant pour une intervention ou un service médical donné; 2) tous les établissements, indépendamment de leur structure de propriété, sont soumis au même système rigoureux et indépendant de contrôle de la qualité et d'évaluation. Le Comité tient à préciser qu'il ne prône pas la création d'établissements privés à but lucratif, mais il ne pense pas pour autant qu'il faille les interdire. D'ailleurs, ils ne sont pas interdits actuellement en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*[51]. En fait, nous nous attendons à ce qu'une majorité écrasante des fournisseurs institutionnels continuent d'être des établissements privés sans but lucratif[52].

Le Comité tient à préciser qu'il ne prône pas la création d'établissements privés à but lucratif, mais il ne pense pas pour autant qu'il faille les interdire. D'ailleurs, ils ne sont pas interdits actuellement en vertu de la Loi canadienne sur la santé.

- Souplesse pour changer les priorités – Le financement fondé sur les services permet au gouvernement de changer les priorités relativement à des interventions et des services donnés en modifiant le montant qu'il versera pour ces derniers.

- Concurrence pour dispenser les meilleurs services – Le financement fondé sur les services dispensés fera en sorte que des services donnés seront dispensés dans les hôpitaux les plus efficients et qui dispensent le plus grand nombre (les volumes les plus élevés) de ces services. La concurrence dans la prestation de ces services améliorera la qualité et forcera les hôpitaux qui désirent continuer de fournir des services donnés de le faire de façon encore plus efficiente.

---

[51] Ce point a été énoncé clairement dans une étude effectuée pour la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada par Colleen Flood et Sujit Choudhry, *Consolider les fondements : la modernisation de la Loi canadienne sur la santé*, étude nº 13, août 2002.

[52] Volume cinq, p. 41-42.

- Centres d'excellence – Le Comité a entendu dire à de nombreuses reprises qu'une méthode de financement fondée sur les services dispensés donnerait lieu à l'établissement de centres de spécialisation – ou « centres d'excellence », comme les ont appelés plusieurs témoins – qui effectuent certains traitements ou chirurgies. Un tel changement devrait être encouragé parce qu'il entraîne des économies dans la prestation des services hospitaliers. Cette façon de faire contribuerait à améliorer la qualité des services. En effet, des articles récents parus dans le *New England Journal of Medicine* révèlent que le meilleur indicateur de la qualité est le volume, qu'il s'agisse d'une chirurgie ou d'une procédure de diagnostic. Les avantages de la spécialisation pour certains services hospitaliers ont été reconnus par les premiers ministres des provinces et des territoires, qui ont convenu à leur réunion de janvier 2002 de partager les ressources humaines et le matériel en établissant des « sites d'excellence » pour un certain nombre d'interventions chirurgicales complexes[53]. Le concept des centres d'excellence comporte bien entendu des limites souhaitables, par exemple lorsque l'accessibilité aux services est compromise à cause de l'éloignement de l'hôpital qui offre un service donné. Il importe donc de trouver un juste équilibre entre les principes de qualité et d'efficience (rapport coût-efficacité) et celui d'accessibilité[54].

La plupart des témoins étaient en faveur de l'adoption d'une formule de financement des hôpitaux fondée sur les services dispensés, mais ont précisé au Comité que la mise en place d'une telle formule présentait plusieurs difficultés de taille, que nous résumons ci-dessous.

2.3.1 Pertinence du choix de services

Le financement fondé sur les services dispensés est attrayant pour les gestionnaires d'hôpitaux parce que ce sont eux qui déterminent quels services seront dispensés par leur établissement et à quels niveaux. Avec cette latitude, les hôpitaux choisiront l'éventail de services qui leur rapportera le plus tout en répondant aux besoins de la population qu'ils servent. Les hôpitaux seront encouragés à se spécialiser dans les services qu'ils sont le plus aptes à dispenser, ceux pour lesquels les taux de rémunération sont les plus attrayants; ils réduiront les services de façon à ne plus dispenser les services à faible volume qui ne sont pas bien subventionnés pour eux. Toutefois, on a mentionné au Comité que dans les petites localités rurales, particulièrement celles qui sont situées un peu loin des grands centres urbains, la priorité pourrait bien être de préserver l'accessibilité à des services donnés. Dans ce cas, les hôpitaux pourront choisir de continuer de fournir les services nécessaires malgré des taux de rémunération relativement faibles. Il est donc essentiel d'examiner ces taux et de les revoir périodiquement. Il est question à la section 2.5 des hôpitaux communautaires de petite taille et situés en milieu rural.

---

[53] Les services hospitaliers spécialisés comprennent, entre autres, la chirurgie cardiaque pédiatrique et la neurochirurgie par scalpel gamma.

[54] Par exemple, dans le cas de la chirurgie coronarienne pédiatrique, compte tenu du petit nombre d'enfants atteints et du fait qu'il s'agit généralement d'opérations réparatrices (par opposition à celles où l'enfant est en danger de mort), il serait avisé de concentrer les interventions dans quelques centres (comme c'est le cas actuellement en Ontario). Par contre, dans le cas des pontages coronariens chez l'adulte par exemple, il ne serait pas logique qu'un seul centre les pratique en Ontario.

2.3.2 Services excessifs et surévaluation

Le fait de financer un hôpital en fonction du volume et de la variété des services qu'il dispense incite à améliorer l'efficience et la productivité. On peut cependant craindre que cette forme de rémunération à l'acte n'entraîne un excès de services et une facturation inappropriée (surclassement des DRG). La question de l'excès de services concerne les médecins rémunérés à l'acte. Le Comité est d'avis que cette méthode de rémunération a porté certains médecins à mettre l'accent sur le nombre de patients qu'ils examinent plutôt que sur la qualité de leurs soins. On a toutefois mentionné au Comité que, même si la possibilité d'un excès de services existe toujours en milieu hospitalier, le problème risque moins de se produire parce que de nombreux « joueurs », notamment les médecins orienteurs et les médecins-conseils et, bien sûr, les patients eux-mêmes, participent à chaque décision prise de dispenser tel service à une personne donnée à l'hôpital.

Voici l'avis du Dr Duncan Sinclair, ancien membre de la Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario :

> *Le danger est bien moindre dans le cas des hôpitaux, car ceux-ci ne sont pas les contrôleurs de l'accès. Cependant, il faudrait soigneusement prévenir la collusion entre les contrôleurs d'accès à la fonction hospitalière et les hôpitaux eux-mêmes*[55].

Certains témoins ont souligné que l'excès de services était particulièrement dangereux dans un système comme le système canadien, où les spécialistes qui travaillent à l'hôpital sont eux aussi rémunérés à l'acte. Toutefois, le problème peut être grandement atténué si les spécialistes des hôpitaux sont assujettis à un régime de rémunération différent, comme c'est le cas en Suède et au Royaume-Uni.

Dans un système de financement fondé sur les services dispensés, les cas sont pondérés selon leur gravité et l'utilisation correspondante des ressources : plus le cas est lourd, plus la rémunération est élevée. Par conséquent, les hôpitaux sont incités à surclasser les cas, c'est-à-dire attribuer le poids le plus élevé à chaque cas, que cette surévaluation soit ou non justifiée.

Michael Decter a soulevé la crainte suivante relativement à une facturation incorrecte ou à une surévaluation en ce qui concerne le financement fondé sur les services dispensés :

> *Je crois que le financement fondé sur les services est la bonne marche à suivre, avec quelques réserves. Le système doit être suffisamment bien documenté et les données doivent être suffisamment solides pour ne pas se faire jouer. Vous vous rappellerez qu'une chaîne hospitalière d'importance aux États-Unis – HCA Columbia – a été poursuivie par le gouvernement des États-Unis pour l'avoir trompé de plusieurs millions, sinon milliards de dollars en exagérant les coûts*[56].

---

[55] Duncan Sinclair (50:12).
[56] Michael Decter (52:13).

Il faudra peut-être envisager la mise en place de vérifications, d'amendes et de pénalités pour prévenir tout abus du système de paiement. Un tarif d'établissement des coûts détaillé et exact permettra également de réduire la tentation du surclassement.

2.3.3 Taux, information et données

Avant de pouvoir mettre en oeuvre un système de financement fondé sur les services, il faut disposer de renseignements et de méthodologies fiables sur l'établissement des coûts selon les cas. Sharon Scholzberg-Gray, présidente et présidente-directrice générale de l'Association canadienne des soins de santé, a informé le Comité que le passage à un système de financement fondé entièrement sur les services dispensés exige que l'on dispose de données sur les coûts qui n'existent pas encore. Dans son mémoire, l'Association a indiqué que :

> *Les données sur l'établissement des coûts ont été établies en Ontario et il a fallu 10 ans pour ce faire. Ce fut une initiative importante et nécessaire, mais il reste toujours des questions opérationnelles importantes à régler, notamment : le fait que ce processus ne porte que sur 50 à 60 % des services hospitaliers (il est utile pour les services et les chirurgies en milieu hospitalier, mais pas pour les services externes); la nécessité d'ajouter des « facteurs de complexité » (notamment pour reconnaître la situation unique des hôpitaux éloignés et des hôpitaux d'enseignement); et la tendance à affecter des coûts administratifs à des services qui ne sont pas couverts par le processus, pour donner ainsi l'apparence d'une grande efficience. Compte tenu des défis continus que présente l'établissement d'un système en Ontario, on peut imaginer l'ampleur et la complexité des questions qui doivent être résolues pour établir un système d'établissement des coûts à l'échelle pancanadienne*[57].

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) est actuellement responsable de la collecte, de l'établissement et de la révision des taux des services. Le travail de collecte des données sur les coûts au Canada a commencé en 1983, année où le Hospital Medical Records Institute a commencé à établir une base de données canadienne sur les groupes qui composent la clientèle, base de données qui est maintenant administrée par l'ICIS. Au moment de la mise en oeuvre, puisqu'il n'y avait pas de données exhaustives sur les coûts associés aux groupes de pathologies, il a fallu importer les données sur les coûts des États-Unis (États de New York et du Maryland) qui ont été adaptées aux durées de séjour canadiennes. Maintenant, l'ICIS utilise les données de certains hôpitaux de l'Alberta et de l'Ontario pour estimer les coefficients de pondération des groupes qui composent la clientèle.

Kevin Empey, directeur financier du University Health Network à Toronto, a souligné qu'un plus grand nombre d'hôpitaux doivent soumettre des données sur les coûts pour que des taux de rémunération exacts puissent être établis. Il a indiqué par exemple qu'en 2000, seulement deux des treize hôpitaux d'enseignement de l'Ontario et trois des soixante-neuf hôpitaux communautaires de cette province, de même qu'une poignée seulement d'hôpitaux de l'Alberta, ont fourni des données sur les coûts pour permettre de fixer les taux des cas canadiens[58]. Pour établir des taux suffisamment détaillés et à jour, il est essentiel que la majorité

---

[57] Association canadienne des soins de santé, mémoire présenté au Comité, p. 7.
[58] Kevin Empey (56:45).

des hôpitaux soient tenus de produire et de soumettre des données sur les coûts. Kevin Empey a également souligné ce qui suit :

> *Nous devons adopter un système qui crée un incitatif ou une sanction, de façon à motiver les établissements à fournir des données et à participer à la compilation d'une base de données. Cela permettra d'avoir une meilleure structure et de meilleures données*[59].

2.3.4 Innovation

Dans son mémoire, l'Association canadienne des soins de santé a fait valoir que le financement fondé sur les services dispensés, qui met l'accent sur la prestation de services au coût le plus bas, découragerait l'innovation, autant en ce qui a trait aux nouvelles interventions qu'à la nouvelle technologie[60]. Cela préoccupe particulièrement les centres universitaires des sciences de la santé et les hôpitaux d'enseignement. Les établissements d'enseignement doivent être en mesure d'essayer de nouveaux traitements hautement spécialisés mais très chers sans avoir à subir les contrecoups d'un système fondé sur des taux. Il est donc important que les méthodes de financement axées sur la clientèle ne créent pas d'effets pervers en décourageant ce type (ou tout autre type) d'innovation. Les préoccupations soulevées relativement aux hôpitaux d'enseignement sont présentées à la section 2.4.

2.3.5 Soins de santé complets

Les membres de l'Association canadienne des soins de santé ont fait remarquer que le financement fondé sur les services dispensés met l'accent sur une forme de soins axée davantage sur les interventions thérapeutiques que sur la prestation de soins complets intégrés. Autrement dit, il ne ferait qu'encourager les fournisseurs de soins à réagir à la maladie au lieu d'adopter une approche plus large qui tient compte notamment de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie. Pour l'Association, la formule des budgets globaux favorise la prestation d'un éventail de soins plus vaste que le financement fondé sur les services dispensés. D'ailleurs, Mark Rochon de l'Association des hôpitaux de l'Ontario, qui est en faveur de l'adoption du financement fondé sur les services dispensés, a fait le commentaire suivant :

> *Nous devons aussi reconnaître que certains volets du système de santé devraient être financés autrement. Je pense par exemple aux services liés à la promotion de la santé et à la prévention. De même, les services dont on a un besoin permanent tels que les salles d'urgence pourraient faire l'objet d'un financement global*[61].

2.3.6 Escalade des coûts

D'après l'Association canadienne des soins de santé, c'est exactement ce type de médecine axée sur les interventions thérapeutiques – le type même que favoriserait encore plus le financement fondé sur les services dispensés – qui a fait grimper les coûts :

> *L'escalade des coûts qui se produit actuellement dans notre système de santé est presque entièrement imputable aux coûts des « actes » des médecins et aux coûts des*

---

[59] *Ibid.*

[60] Association canadienne des soins de santé, mémoire présenté au Comité, p. 6.

[61] Mark Rochon, Association des hôpitaux de l'Ontario (56:43).

médicaments. Le financement fondé sur les services encouragerait la poursuite des pratiques actuelles[62].

Le Comité n'est pas de cet avis. Comme nous l'indiquons dans le volume cinq, nous croyons que le financement fondé sur les services dispensés change fondamentalement les incitatifs sous-jacents du système, de sorte que l'escalade des coûts s'estompera à longue échéance[63].

2.3.7 Manque de simplicité

De nombreux témoins ont indiqué au Comité que si le financement fondé sur les services dispensés était mis en oeuvre, plusieurs rajustements devraient être apportés aux taux afin de tenir compte des établissements comme les hôpitaux d'enseignement et les petits hôpitaux ruraux. Sharon Sholzberg-Gray, présidente-directrice générale de l'Association canadienne des soins de santé, a fait remarquer que même si la grande majorité des témoins appuient le financement fondé sur les services dispensés, ils ont chacun suggéré des modifications qui, ensemble, pourraient donner lieu à un système de financement extrêmement complexe :

> *À l'examen de certains témoignages de personnes qui ont comparu devant le comité pour parler du financement fondé sur les services dispensés, nous avons constaté qu'elles [...] souhaitent toutes des formules tenant compte de complications particulières — une formule pour les hôpitaux universitaires, une approche différente pour les régions éloignées et encore une autre pour les établissements qui font ceci ou cela*[64].

Le Comité a déjà reconnu dans le volume cinq qu'il serait nécessaire d'apporter certains rajustements au financement fondé sur les services dispensés pour tenir compte de la diversité des hôpitaux[65]. Les rajustements à envisager pour les centres d'enseignement et les petits hôpitaux ruraux sont décrits aux sections 2.4 et 2.5.

2.3.8 Commentaires du Comité

Le Comité croit que le financement fondé sur les services dispensés présente de nombreux avantages par rapport aux méthodes actuelles de financement des hôpitaux du Canada.

Le Comité est d'accord avec les témoins pour dire que, dans la mesure du possible, les hôpitaux doivent être financés en fonction des services particuliers qu'ils offrent. Le financement fondé sur les services dispensés est la meilleure méthode de financement des dépenses de fonctionnement des hôpitaux, même s'il faut éventuellement prévoir par ailleurs un financement additionnel distinct pour les dépenses en immobilisations (voir la section 2.6 ci-dessous). Le Comité croit que le financement fondé sur les services dispensés présente de nombreux avantages par rapport aux méthodes actuelles de financement des hôpitaux du Canada. Nous croyons que cette formule sera extrêmement avantageuse pour les Canadiens du point de vue de la qualité et de la promptitude

---

[62] Association canadienne des soins de santé, mémoire présenté au Comité, p. 6.
[63] Volume cinq, p. 36-39.
[64] Sharon Sholzberg-Gray (60:27).
[65] Volume cinq, p. 38-42.

des soins hospitaliers, et en ce qui concerne la transparence, la reddition de comptes et les rapports sur le rendement.

Le Comité reconnaît que le financement des hôpitaux est une question qui relève principalement des provinces; néanmoins, le gouvernement fédéral pourrait être extrêmement utile pour promouvoir le financement fondé sur les services. Nous croyons que le gouvernement fédéral doit assurer une partie du financement nécessaire pour permettre aux provinces de mettre en oeuvre le financement fondé sur les services dispensés dans le cadre du rôle qu'il doit jouer pour soutenir l'infrastructure des soins de santé et l'infostructure de la santé (voir le volume quatre)[66]. Ce financement fédéral doit faire partie de l'investissement fédéral dans les systèmes d'information sur la santé, que le Comité recommande au chapitre dix. De plus, le Comité croit que l'ICIS a un rôle d'importance à jouer dans l'estimation des groupes qui composent la clientèle et de leur valeur pondérée, opérations nécessaires à la mise en oeuvre du financement fondé sur les services dispensés.

Si l'on veut que les Canadiens tirent le maximum de notre système de services hospitaliers financés ou assurés par le secteur public, il faut mettre en œuvre le financement fondé sur les services dispensés. De plus, les hôpitaux aussi ont beaucoup à gagner avec ce mode de financement, qui leur permettra de repérer les pratiques inefficaces et, par conséquent, d'améliorer leur productivité. Ils seront ainsi en mesure de se faire concurrence au niveau de la qualité des soins.

Le Comité reconnaît que la mise en oeuvre d'un financement fondé sur les services dispensés prendra du temps. L'expérience des pays européens témoigne d'ailleurs de l'importance de procéder à petits pas. Aux premiers stades, les hôpitaux seraient rémunérés suivant une méthode mixte combinant le financement fondé sur les services et leur mode de financement habituel. Ensuite, les parts relatives des deux méthodes évolueraient en proportion inverse jusqu'à ce que, au terme de la période de transition, les hôpitaux soient rémunérés intégralement sur la base des services dispensés.

On pourrait par exemple s'inspirer du cas de la Norvège et utiliser initialement 70 % de financement classique et 30 % de financement fondé sur les services dispensés pour ensuite passer à 50 % partout, puis à 70 % de financement fondé sur les services et 30 % de financement classique pour aboutir finalement à un financement intégralement fondé sur les services dispensés.

Par conséquent, le Comité recommande:

Que l'on adopte pour les hôpitaux un mode de financement fondé sur les services dispensés. Ce mode de financement convient particulièrement aux hôpitaux communautaires situés dans les grands centres urbains. Il faut pour cela :

- **qu'un nombre suffisant d'hôpitaux soient tenus de soumettre à l'Institut canadien d'information sur la**

[66] Volume quatre, p. 103-114.

santé des données sur leurs tarifs par cas et leurs coûts;

- **que l'Institut canadien d'information sur la santé établisse, en collaboration avec les provinces et les territoires, une tarification détaillée afin de réduire la tentation du surclassement;.**
- **que le gouvernement fédéral octroie à l'Institut canadien d'information sur la santé des crédits permanents qui seront consacrés à la collecte et à l'estimation des données nécessaires à la mise en œuvre du financement fondé sur les services dispensés;**
- **que l'on passe assez rapidement au financement fondé sur les services dispensés. Le Comité estime raisonnable de prévoir une période de transition de cinq ans.**

2.4 Les centres universitaires des sciences de la santé et la complexité des hôpitaux d'enseignement

Les hôpitaux d'enseignement du Canada font partie des centres universitaires des sciences de la santé (CUSS). Ces derniers sont composés d'un hôpital d'enseignement, d'une faculté de médecine, d'instituts de recherche et d'autres établissements hospitaliers (on trouvera à l'annexe 2.1 la liste des CUSS et de leurs hôpitaux affiliés). Puisque ces centres sont responsables de l'enseignement et de la recherche en plus de dispenser des soins aux patients, ils sont beaucoup plus complexes que les hôpitaux communautaires. Ils offrent également les services les plus modernes et les plus élaborés et traitent les cas complexes les plus difficiles.

Les CUSS sont composés d'un hôpital d'enseignement, d'une faculté de médecine, d'instituts de recherche et d'autres établissements hospitaliers. Puisque ces centres sont responsables de l'enseignement et de la recherche en plus de dispenser des soins aux patients, ils sont beaucoup plus complexes que les hôpitaux communautaires.

Les hôpitaux qui comptent un volet d'enseignement et de recherche ont des coûts plus élevés par cas pondéré que les hôpitaux communautaires, parce qu'il leur faut une infrastructure d'enseignement et des programmes spécialisés, et parce qu'ils font une plus grande utilisation des tests diagnostiques et consomment des ressources associées à des traitements plus novateurs et plus audacieux :

> *Les études ont révélé que les coûts des interventions dans les centres universitaires des sciences de la santé sont plus élevés que dans les hôpitaux communautaires. Ce n'est pas seulement imputable aux coûts des soins complexes dispensés ou de la mise en place et de l'évaluation de méthodes ultra-modernes. Du fait de la vocation d'enseignement et de recherche de ces établissements, certaines procédures cliniques coûtent plus cher qu'ailleurs*

et entraînent des séjours plus longs que la moyenne. De plus, un grand centre de recherche et d'enseignement doit assumer des coûts d'installation et de fonctionnement particuliers pour fournir espace et services de soutien au personnel médical[67].

Étant donné les volets d'enseignement et de recherche des CUSS, le financement provient traditionnellement d'au moins deux ministères provinciaux et, au sein de ces ministères, d'une variété de sources. Bien qu'il soit presque impossible d'établir avec précision la distinction entre la mission d'enseignement et la mission de prestation de soins de santé, les fonds du gouvernement peuvent être rangés dans trois grandes catégories[68].

Premièrement, le ministère de l'Éducation verse des subventions d'exploitation aux universités qui, à leur tour, accordent des budgets aux facultés des sciences de la santé qui couvrent notamment les salaires du personnel universitaire. Deuxièmement, le ministère de la Santé octroie aux hôpitaux des budgets pour la formation clinique afin de payer les salaires des stagiaires des études supérieures et une partie des salaires du personnel d'enseignement clinique. Troisièmement, les hôpitaux reçoivent des subventions de fonctionnement des ministères de la Santé provinciaux qui les aident à payer les coûts additionnels des activités de recherche et de formation.

Vu cette complexité, le financement fondé sur les services pose plusieurs problèmes aux CUSS. Les patients des CUSS ont souvent besoin de traitements de pointe dont le coût ne peut pas être saisi avec exactitude dans des systèmes reposant sur des groupes de cas. Par exemple, S. Kevin Empey, vice-président des services financiers et de gestion au University Health Network (Toronto), a déclaré ce qui suit :

[...] l'implantation d'un stimulateur cardiaque ou d'un défibrillateur relève du même groupe de cas et appelle donc des facteurs de pondération et un financement identiques. Or, cette méthode ne tient aucunement compte de la différence de coût considérable entre les deux appareils. En effet, l'implantation d'un défibrillateur coûte environ deux fois et demie plus cher que l'implantation d'un stimulateur cardiaque[69].

Dans le même ordre d'idées, on estime que le coût d'une greffe d'organes multiples est de 213 000 $ par patient. Or, à cause de la complexité et de la rareté de cette intervention, les taux n'ont pas été déterminés au Canada pour ces greffes, si bien que les hôpitaux d'enseignement de Toronto touchent la même chose que pour une greffe d'organe unique, soit un montant bien inférieur au coût réel de ce type d'intervention[70]. Ainsi, le Dr Hugh Scott, du Centre de santé de l'Université McGill, a déclaré ceci :

Si vous voulez mettre en place une formule, elle doit inclure différents facteurs. À chaque fois que nous essayons d'appliquer une formule magique intégrant la chirurgie cardiaque et la psychothérapie, cela pose des problèmes. Si vous ajoutez à cela le contexte de

---

[67] S. Kevin Empey, mémoire présenté au Comité le 22 mai 2002, p. 12.
[68] Lozon et Fox (2002), *op. cit.*, p. 16.
[69] S. Kevin Empey, mémoire présenté au Comité le 22 mai 2002, p. 6.
[70] S. Kevin Empey, *op. cit.*, p. 10.

l'enseignement, les problèmes sont encore plus grands. Je recherche la simplicité et l'élégance. Il faut parfois tenir compte de facteurs multiples[71].

Le Dr Jeffrey Lozon, de l'hôpital St. Michael à Toronto, a discuté de la complexité du financement des hôpitaux d'enseignement à cause de la diversité de leurs activités :

> *[...] l'outil de financement le mieux approprié est celui qui établit le lien le plus étroit entre la responsabilité du centre de santé universitaire et ses résultats dans le cadre d'un système de financement équitable. Nos centres rendent compte de leurs résultats. Toutefois, il faut bien comprendre que nos résultats vont être différents de ceux d'un hôpital communautaire ou d'un hôpital en milieu rural. Ils seront plus complexes. Nous avons divers niveaux de résultats : les résultats relatifs au savoir que nous créons et les résultats relatifs au nombre d'étudiants qui reçoivent une formation.*
>
> *Il nous serait sans doute difficile d'accepter une formule de financement uniformisé qui part du principe que mon hôpital a aussi peu de frais que celui de Yorkton, en Saskatchewan. Les hôpitaux mènent des activités diverses et leurs frais varient donc en conséquence. Nous devons évaluer nos activités et rendre des comptes au même titre que l'hôpital de Yorkton. Toutefois, cela ne consiste pas simplement à compter des dollars*[72].

Les spécialistes des CUSS qui ont témoigné devant le Comité appuient la méthode de financement fondé sur les services dispensés pourvu que les groupes de cas et les facteurs de pondération soient établis pour les CUSS et qu'ils soient différents de ceux qui s'appliquent aux hôpitaux communautaires. Une telle méthode de financement pour les CUSS doit tenir compte de divers facteurs, y compris la complexité des interventions et des traitements, l'utilisation de nouvelles technologies et le recours à des médicaments qui coûtent cher. Les spécialistes ont également souligné qu'il importe d'envisager de financer les coûts des infrastructures d'enseignement et de recherche à partir d'une enveloppe distincte assortie de ses propres incitatifs à l'efficience.

Dans un article récent intitulé « Academic Health Sciences Centres Laid Bare », Jeffrey Lozon et Robert Fox ont indiqué que les CUSS devraient être considérés comme une ressource nationale dans le système de soins de santé et que le gouvernement fédéral devrait accroître sa part de financement des CUSS. Les auteurs ont indiqué que les CUSS ne peuvent plus se battre pour solliciter des fonds auprès de divers fournisseurs et se passer du soutien du gouvernement fédéral[73].

Le Comité est d'accord avec les témoins pour dire que les centres universitaires des sciences de la santé sont différents des hôpitaux communautaires dans la mesure où ils exécutent une vaste gamme d'activités complexes, y compris la prestation de services, l'enseignement et la recherche. Par conséquent, le Comité recommande :

---

[71] Dr Hugh Scott (63:17).

[72] Dr Jeffrey Lozon (63:16-17).

[73] Jeffrey Lozon et Robert Fox (2002), « Academic Health Sciences Centres Laid Bare », article vedette dans *Healthcare Papers*, vol. 2, nº 3, p. 30.

Que le financement fondé sur les services dispensés soit complété par une méthode de financement additionnelle qui tiendrait compte des services uniques qu'offrent les centres universitaires des sciences de la santé, y compris l'enseignement et la recherche.

Le Comité croit que les CUSS constituent une ressource nationale dans le système de soins de santé. Le gouvernement fédéral est particulièrement bien placé pour soutenir les CUSS à l'échelle du pays.

De plus, le Comité croit fermement que, puisqu'ils jouent un rôle essentiel au chapitre de l'enseignement, de la recherche et de la prestation de soins perfectionnés, les CUSS constituent une ressource nationale dans le système de soins de santé canadien; ils font par ailleurs partie intégrante de l'infrastructure de soins de santé du Canada. Par conséquent, le gouvernement fédéral est particulièrement bien placé pour soutenir les CUSS à l'échelle du pays, en assumant le rôle bien reconnu qu'il joue pour financer l'enseignement postsecondaire, la recherche en santé, la prestation des soins de santé, la technologie relative aux soins de santé et pour planifier les ressources humaines en soins de santé. Ces questions sont traitées dans les chapitres suivants du présent rapport.

2.5 Petits hôpitaux et hôpitaux communautaires ruraux

Puisque les hôpitaux communautaires de grande taille ou de taille moyenne ne sont pas aux prises avec les mêmes difficultés que les petits hôpitaux et les hôpitaux communautaires ruraux, des problèmes peuvent se présenter si la même formule de financement est appliquée aux deux types d'hôpitaux. Par exemple, Raisa Deber, professeure à l'Université de Toronto, a déclaré ce qui suit :

> *[...] sur des problèmes liés au financement axé sur les services, notamment pour les hôpitaux des petites provinces ou collectivités, [...] le financement prévu ne sera pas suffisant pour supporter les dépenses d'infrastructure et d'administration*[74].

En outre, l'Association canadienne des soins de santé a indiqué dans son mémoire :

> *La mise en oeuvre du financement fondé sur les services serait difficile dans les régions rurales et éloignées, particulièrement si un seul fournisseur ou une seule organisation est en mesure de dispenser les services*[75].

À l'examen des témoignages présentés au Comité, il semblerait que, dans la plupart des cas, les petits hôpitaux et les hôpitaux communautaires en milieu rural sont aux prises avec les problèmes suivants :

---

[74] Raisa Deber (59:12).

[75] Association canadienne des soins de santé, mémoire présenté au Comité, p. 7.

1. Des économies d'échelle limitées – Les petits hôpitaux situés en milieu rural doivent souvent assumer des coûts fixes et des volumes de patients faibles ou imprévisibles. Il en résulte des coûts par patient plus élevés.

2. Isolement – Un hôpital rural est considéré comme isolé si l'hôpital suivant le plus proche est situé à plus de 150 km. Cet hôpital devient alors le principal fournisseur de soins de santé pour l'ensemble de la région géographique. Un hôpital qui est responsable d'une grande région doit être en mesure de dispenser un plus vaste éventail de services malgré des volumes de patients faibles et sporadiques.

3. Éloignement – Par éloignement on entend la distance entre un hôpital et le centre de soins hospitaliers tertiaires le plus proche. Les hôpitaux peuvent être éloignés mais pas isolés (plusieurs hôpitaux peuvent servir une région donnée mais être situés à une distance considérable d'un centre de soins tertiaires). Toutefois, comme les hôpitaux isolés, les hôpitaux éloignés sont souvent aux prises avec des coûts fixes relativement élevés et doivent dispenser une gamme plus vaste de soins que les hôpitaux communautaires situés près des centres de soins tertiaires. Tous ces facteurs font en sorte que les coûts par patient sont plus élevés.

4. Population ayant des besoins spéciaux – De nombreux hôpitaux éloignés doivent s'occuper d'une population ayant des besoins spéciaux, comme les résidents des réserves des Premières nations. L'état de santé de ces personnes est souvent moins bon que la moyenne provinciale, ce qui donne lieu à des taux d'admission plus élevés[76].

Par conséquent, la formule de financement utilisée pour les grands hôpitaux communautaires ne convient pas toujours aux petits hôpitaux et aux hôpitaux situés en milieu rural. Il est donc important que la formule tienne compte des défis particuliers que doivent relever les petits hôpitaux, les hôpitaux ruraux et les hôpitaux éloignés.

Un certain nombre de témoins ont exprimé leur inquiétude relativement à l'effet qu'aurait sur les services offerts par les petits hôpitaux ou les hôpitaux ruraux une méthode de financement fondée sur les services dispensés. Par exemple, Mark Rochon de l'Association des hôpitaux de l'Ontario a déclaré :

> *Nous devrons aussi nous assurer que le financement axé sur les services n'encourage pas les fournisseurs de services à cesser d'offrir les services nécessaires aux collectivités. Il faudra établir quels sont les besoins de chaque collectivité et déterminer si les services offerts sont suffisants*[77].

Le president-directeur général du University Health Network, Kevin Empey, a ajouté :

---

[76] Ladak (1998), *op. cit.*, p. 31.
[77] Mark Rochon (56:43).

Si on passe d'un financement global à un financement axé sur les services, certains fournisseurs décideront de se spécialiser davantage ou d'abandonner certaines choses. [...] les petites localités ne peuvent se permettre de voir leur hôpital cesser d'offrir certains services tout simplement en raison des tarifs[78].

Le Comité convient avec les témoins que, pour préserver l'accès aux services les plus demandés, le financement fondé sur les services dispensés doit être rajusté pour tenir compte de la situation particulière des petits hôpitaux et des hôpitaux communautaires en milieu rural. Par conséquent, le Comité recommande :

Que, dans l'élaboration d'une formule de rémunération fondée sur les services dispensés pour le financement des hôpitaux communautaires, l'on tienne compte des facteurs suivants :

- **Isolement : les hôpitaux ruraux ou éloignés doivent assumer des coûts plus élevés que ceux des grands centres urbains.**
- **Taille : les petits hôpitaux assument des coûts plus élevés par cas pondéré que les grands hôpitaux. Un rajustement devrait être apporté pour tenir compte de ces réalités.**

2.6 Financement des besoins en immobilisations des hôpitaux canadiens

Comme nous l'indiquons à la section 2.1.7, les provinces et les territoires utilisent une méthode de financement des dépenses en immobilisations qui diffère de la méthode de financement utilisée relativement aux coûts de fonctionnement en ce qu'elle repose sur les projets et est, de ce fait, bien adaptée aux projets ponctuels à grande échelle.

Le Comité a entendu des témoignages selon lesquels les besoins en immobilisations des hôpitaux canadiens étaient importants. Des témoins ont affirmé que le niveau actuel d'investissement de capital des gouvernements provinciaux et territoriaux et des fondations des hôpitaux n'étaient pas suffisants pour assurer la viabilité du secteur hospitalier au Canada. D'après l'information qui a été présentée au Comité :

- Entre 1982 et 1998, les dépenses publiques réelles par habitant affectées à la construction de nouveaux hôpitaux ont diminué, passant de 50 à 2 $, soit une baisse de 5,3 % par an[79].
- Depuis 1998, les dépenses publiques réelles par habitant affectées à l'équipement des hôpitaux reculent de 1,8 % annuellement[80].

---

[78] S. Kevin Empey (56:45).
[79] Association canadienne des institutions de santé universitaires, mémoire présenté au Comité le 13 juin 2002, p. 17.
[80] *Ibid.*

On observe par conséquent un écart substantiel entre le besoin d'installations et de matériel neufs et la capacité d'un hôpital de financer des immobilisations. Ainsi, plusieurs témoins ont proposé que le gouvernement fédéral accorde un financement. L'Association canadienne des institutions de santé universitaires (ACISU) a indiqué au Comité qu'un précédent existe à cet égard :

> *Il convient également de noter qu'il existe un précédent quant qu rôle que le gouvernement fédéral joue à cet égard. En 1948, le gouvernement fédéral a lancé un programme de subventions pour la construction d'hôpitaux – qui a été financé à frais partagés avec les provinces*[81].

L'Association médicale canadienne a affirmé qu'en plus de l'investissement gouvernemental en immobilisations hospitalières, il pourrait être nécessaire que les hôpitaux mettent en place des approches novatrices au financement de l'infrastructure physique. D'après l'Association, il importe d'explorer le concept de partenariats publics-privés pour répondre aux besoins plutôt que de ne compter que sur les subventions gouvernementales[82].

Bien que le Comité ait soutenu la consolidation du secteur hospitalier qui a eu lieu ces dernières années dans toutes les provinces, nous craignons que le nombre de lits dans certains hôpitaux ne soit pas suffisant pour répondre à la forte augmentation de la demande dans certaines régions où la population croît rapidement. Le problème touche en particulier certaines régions métropolitaines de l'Alberta (Calgary), de la Colombie-Britannique (Abbotsfort, Vancouver), de la Nouvelle-Écosse (Halifax), de l'Ontario (Oshawa, Toronto), du Québec (Montréal, Sherbrooke) et de la Saskatchewan (Saskatoon)[83].

Par conséquent, le Comité croit que le gouvernement fédéral doit intervenir encore une fois, comme il l'a fait en 1948, pour soutenir financièrement les hôpitaux dont les besoins en immobilisations sont les plus grands. Cette participation fédérale ne toucherait pas le financement courant, mais serait plutôt considérée comme une mesure de « rattrapage ». Il s'agirait de mesures ponctuelles dont le financement pourrait cependant s'étendre sur plusieurs années.

Ainsi, le gouvernement fédéral pourrait par exemple décider de participer de façon ponctuelle au financement de l'expansion de la capacité hospitalière lorsque la croissance démographique d'une région donnée dépasse la moyenne provinciale de 50 %, et ce dans le contexte d'un programme d'investissement à coûts partagés avec la province concernée. Ainsi, armé de la promesse du gouvernement fédéral de verser une somme donnée tous les ans pendant dix ans, l'hôpital pourrait contracter un emprunt auprès d'une institution financière et faire démarrer les travaux.

Le Comité croit également que les gouvernements provinciaux et territoriaux devraient envisager d'établir des partenariats entre le secteur public et l'entreprise privée pour obtenir un investissement additionnel en immobilisations hospitalières. Par conséquent, le Comité recommande :

---

[81] *Ibid.*

[82] Association médicale canadienne, *For Commissioner Romanow: A Prescription for Sustainability*, 6 juin 2002, p. 26.

[83] Selon les données du recensement de 2001 de Statistique Canada. (http://geodepot2.statcan.ca/Diss/Highlights/)

Que le gouvernement fédéral participe aux dépenses en immobilisations associées à l'expansion des hôpitaux situés dans des endroits où la croissance démographique est exceptionnellement élevée, c'est-à-dire les régions où la croissance démographique dépasse la moyenne provinciale de 50% ou plus. Cet apport devrait représenter 50 % du total de l'investissement en immobilisations nécessaire. En tout, le gouvernement fédéral devrait consacrer 1,5 milliard de dollars à cette initiative sur une période de dix ans ou 150 millions de dollars annuellement.

Que le gouvernement fédéral devrait encourager les provinces et les territoires à explorer des partenariats entre le secteur public et l'entreprise privée en vue d'obtenir un investissement supplémentaire dans la capacité hospitalière.

Les investissements en immobilisations préoccupent aussi les CUSS. L'Association canadienne des institutions de santé universitaires a informé le Comité que le remplacement des immeubles est sous-financé et que la dépréciation n'est pas pleinement reconnue par les gouvernements fédéral et provinciaux aux fins du financement. En outre, la plupart des décisions d'investissement de capital semblent fondées sur des réactions à court terme plutôt que sur une perspective de planification à long terme. Dans certains cas, des annexes ou des rénovations sont apportées à des structures médiocres, lorsqu'une reconstruction complète aurait pu être une meilleure décision stratégique.

Bien qu'il y ait des variations dans les exigences en capital des hôpitaux d'enseignement, il est clair qu'un investissement important est nécessaire. Par exemple :

- Le Centre de santé de l'Université de Montréal a évalué les installations existantes (certains des immeubles ont entre 40 et 100 ans) et déterminé qu'il en coûtera 475 millions de dollars pour les rénover.
- Le University Health Network de Toronto estime que ses besoins en immobilisations pour les dix prochaines années s'élèveront à plus de 500 millions de dollars (soit plus de 50 millions de dollars par année).
- La St. John's Healthcare Corporation (Terre-Neuve) a terminé récemment l'aménagement d'un centre de pédiatrie et de réadaptation au coût de 70 millions de dollars.

D'après les renseignements qu'on lui a fournis, le Comité a conclu que le gouvernement fédéral doit consacrer quelque 4 milliards de dollars au renouvellement des infrastructures aux 16 sites des CUSS. Nous estimons que ces fonds fédéraux doivent être fournis en réponse à des demandes formulées par les CUSS eux-mêmes, sous réserve d'un examen par un groupe d'experts spécial indépendants, ce qui, à notre avis, serait gage de transparence.

Plus précisement, les CUSS devront présenter avec leur demande une justification solide des ressources additionnelles réclamées. Le bien-fondé de chaque demande sera évalué par un groupe d'experts indépendants qui fera rapport au ministre de la Santé. De plus, les CUSS retenus feront rapport de leur utilisation des fonds reçus, dans un esprit de reddition de comptes.

Par conséquent, le Comité recommande :

Que le gouvernement fédéral verse 4 milliards de dollars au cours des dix prochaines années (soit 400 millions de dollars par année) aux centres universitaires des sciences de la santé pour leurs dépenses en immobilisations.

Que les centres universitaires des sciences de la santé soient tenus de faire rapport de leur utilisation de ces fonds fédéraux.

2.7 Établissements de soins de santé publics ou privés?

Dans la section 2.3 ci-dessus, le Comité a fait valoir les nombreux avantages du financement fondé sur les services dispensés, dont l'un a trait à la structure de propriété des établissements de soins de santé. Nous avons dit que le financement fondé sur les services signifie que l'assureur (le gouvernement) serait *neutre* relativement à la structure de propriété d'un hôpital. Le bailleur de fonds/assureur achèterait des services auprès d'un établissement à la condition que ceux-ci respectent les normes de qualité en vigueur. Puisque des établissements comparables recevraient le même montant pour une intervention donnée et puisque tous les établissements seraient soumis avec la même rigueur au contrôle de la qualité et au système d'évaluation, la structure de propriété ne serait pas importante sur le plan de la politique publique. Ainsi, le Comité est *neutre* face à la question de la structure de propriété.

Le Comité tient à préciser qu'il ne prône pas la création d'établissements privés à but lucratif, mais il ne pense pas pour autant qu'il faille les interdire. D'ailleurs, ils ne sont pas interdits actuellement en vertu de la* Loi canadienne sur la santé. *En fait, nous nous attendons à ce qu'une majorité écrasante de fournisseurs institutionnels continuent, comme maintenant, d'être des établissements publics ou privés sans but lucratif.

Comme il l'indique dans le volume cinq, le Comité croit que le patient et le bailleur de fonds/assureur recevront le même service quelle que soit la structure de propriété d'un établissement de soins de santé, pourvu que les deux conditions précitées relativement aux tarifs et à la qualité des services soient respectées. Le Comité tient à préciser qu'il ne prône pas la création d'établissements privés à but lucratif, mais il ne pense pas pour autant qu'il faille les interdire. D'ailleurs, ils ne sont pas interdits actuellement en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*. En fait, nous nous attendons à ce qu'une majorité écrasante de

Le financement fondé sur les services signifie que l'assureur (le gouvernement) serait neutre relativement à la structure de propriété d'un hôpital.

fournisseurs institutionnels continuent, comme maintenant, d'être des établissements publics ou privés sans but lucratif.

De plus, le Comité tient à souligner qu'il n'y a pas de raison pour que des services de santé financés par le gouvernement et dispensés par des établissements privés à but lucratif donnent lieu à une structure de soins de santé à « deux vitesses », tant que le financement de ces services reste *public* et que les renvois aux établissements continuent d'être déterminés par le besoin clinique. Cette situation relativement aux hôpitaux n'est pas différente de celle que l'on observe dans le cas des soins de santé primaires, de la plupart des services diagnostiques et des chirurgies d'un jour – services qui sont actuellement dispensés au Canada par des entrepreneurs et des établissements privés à but lucratif.

De plus, le Comité tient à souligner qu'il n'y a pas de raison pour que des services de santé financés par le gouvernement et dispensés par des établissements privés à but lucratif donnent lieu à une structure de soins de santé à « deux vitesses », tant que le financement de ces services reste public et que les renvois aux établissements continuent d'être déterminés par le besoin clinique.

Dans le système canadien de soins de santé à l'heure actuelle, 5 % seulement des services hospitaliers sont dispensés par des entreprises à but lucratif. Par exemple, l'hôpital Shouldice, en Ontario, est un établissement privé à but lucratif qui a bénéficié d'une clause de droits acquis lorsque le régime d'assurance-maladie est entré en vigueur dans la province. Les établissements comme celui-ci sont réglementés selon un taux de rendement pour réduire le risque de surfacturation aux patients. En Alberta, les établissements privés à but lucratif sont autorisés en vertu d'une loi provinciale (loi 11) à faire concurrence aux hôpitaux publics et privés sans but lucratif pour la prestation d'un ensemble de services chirurgicaux assurés. Le Canada compte également plusieurs établissements de soins de santé à but lucratif (« cliniques privées ») qui soignent uniquement des patients qui paient à titre privé les services qu'ils reçoivent.

Malgré la présence au Canada de ces établissements de soins de santé privés à but lucratif, qui semblent dispenser la même qualité de soins que les établissements sans but lucratif et les établissements publics, un grand débat se poursuit quant au rôle potentiel et à l'incidence des hôpitaux et des cliniques à but lucratif dans le système de soins de santé. Ce débat a culminé en mai 2002 avec la publication de l'étude de méta-analyse de P. J. Devereaux et coll. publiée dans le *Journal de l'Association médicale canadienne*. Les auteurs de cette étude ont remarqué, en se fondant sur l'examen de 15 études par observation, que la propriété privée à but lucratif des hôpitaux comparée à la propriété privée sans but lucratif aux États-Unis entraîne un risque plus élevé de décès pour les patients[84]. Les auteurs en concluent que la recherche de profit inhérente aux hôpitaux privés à but lucratif pouvait entraîner un plafonnement des soins éventuellement fâcheux pour les patients.

> *Pourquoi observe-t-on une plus grande mortalité dans les établissements à but lucratif? En général, les investisseurs attendent un rendement de 10 à 15 % sur leur*

[84] P.J. Devereaux et coll., « A Systematic Review and Meta-Analysis of Studies Comparing Mortality Rates of Private For-Profit and Private Not-for-Profit Hospitals », dans le *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 166, nº 11, 28 mai 2002, p. 1399-1406.

investissement. Les administrateurs des hôpitaux privés à but lucratif sont récompensés quand ils atteignent ou dépassent la marge bénéficiaire anticipée. Les établissements privés à but lucratif doivent générer des bénéfices, mais aussi payer des impôts et assumer parfois des coûts élevés associés aux remboursements dont bénéficient les cadres supérieurs, dépenses que n'ont pas les établissements privés sans but lucratif. En conséquence, quand ils servent des groupes de patients pour lesquels les remboursements sont similaires (comme ceux du programme Medicare), les hôpitaux privés à but lucratif doivent relever un défi de taille dans la mesure où ils doivent obtenir les mêmes résultats que les établissements privés sans but lucratif en consacrant cependant moins de ressources au soin des patients[85].

Lorsqu'il a témoigné devant le Comité, le Dr Arnold Relman, ancien rédacteur en chef du *New England Journal of Medicine*, a exprimé des vues analogues :

J'en suis arrivé à la conclusion que la plupart, sinon la totalité, des problèmes que connaît actuellement le système de soins de santé des États-Unis, et ils sont nombreux, résultent de l'empiètement croissant des entreprises privées à but lucratif et des marchés concurrentiels sur un secteur de notre vie nationale qui est à juste titre du domaine public. Ce n'est pas une coïncidence si aucun autre système de soins de santé dans le monde industrialisé n'est autant commercialisé que le nôtre, et si aucun n'est aussi onéreux, inefficace, inéquitable ou impopulaire. À dire vrai, les seules personnes qui sont satisfaites aux États-Unis de notre système actuel de soins de santé soumis aux lois du marché sont les propriétaires et les investisseurs des industries à but lucratif qui vivent des produits du système[86].

Ces résultats font dire à de nombreux observateurs qu'il n'est pas exclu que la même chose se produise au Canada si l'on décide « d'ouvrir la porte » aux hôpitaux privés à but lucratif.

Toutefois, le Comité a appris que l'étude Devereaux et coll. appelait plusieurs réserves. Premièrement, Brian S. Ferguson, professeur au département d'économie de l'Université de Guelph (Ontario), a informé le Comité dans un document récent que les auteurs de la méta-analyse avait exclu de façon systématique les hôpitaux publics de leur étude sous prétexte que les hôpitaux canadiens sont techniquement des établissements privés sans but lucratif se comportant plus ou moins comme les hôpitaux américains privés sans but lucratif[87]. Le professeur Ferguson fait valoir toutefois que les hôpitaux privés sans but lucratif américains ne fonctionnent pas du tout dans le même contexte que les hôpitaux privés sans but lucratif canadiens : ils fonctionnent dans un contexte très concurrentiel et jouissent de beaucoup plus de liberté en ce qui concerne la prise de décisions que leurs homologues canadiens.

---

[85] *Ibid.*, p. 1404-1405.

[86] Dr Arnold Relman (48:8-9).

[87] Pour plus de renseignements, prière de consulter le document récent de Brian S. Ferguson, *A Comment on the Devereaux et al. Meta-Analysis of Mortality in Private American Hospitals*, ébauche, département d'économie, Université de Guelph (Ontario), juin 2002.

À cet égard, le professeur Ferguson a soutenu que les hôpitaux canadiens privés sans but lucratif ressemblent davantage aux hôpitaux publics américains qu'aux hôpitaux privés sans but lucratif américains. Dans cette optique, l'inclusion des hôpitaux publics dans la méta-analyse de Devereaux et coll. pourrait avoir donné des résultats bien différents[88]. En effet, plusieurs études ont révélé que les hôpitaux publics américains ont une mortalité (de 30 jours rajustée en fonction des risques) plus élevée que les hôpitaux à but lucratif, qui à leur tour affichent une mortalité supérieure à celle des hôpitaux sans but lucratif[89].

Deuxièmement, le professeur Ferguson a également critiqué la méthodologie utilisée par Devereaux et coll. sur plusieurs points : les paramètres d'inclusion de la documentation pertinente; la sélection des résultats à inclure dans l'analyse; le choix de la variable dépendante; l'omission de certaines variables, etc.[90]. Enfin, dans un autre document, le professeur Ferguson a indiqué qu'il est presque impossible de tirer des conclusions valables sur le rôle potentiel des hôpitaux privés à but lucratif au Canada en se fondant sur des documents américains[91]. Le système de soins de santé aux États-Unis est composé de plusieurs assureurs publics et privés, comprend une multiplicité de fournisseurs publics et privés (sans but lucratif et à but lucratif) et fonctionne dans un contexte hautement concurrentiel, situation qui n'est pas susceptible de se présenter au Canada où prévaut un système d'assureur unique.

De plus, le cadre réglementaire qui régit la prestation des soins hospitaliers aux États-Unis est différent de celui du Canada. C'est pourquoi nous ne pouvons pas transposer simplement au Canada ce qui se passe aux États-Unis. Par exemple, le Dr Arnold Relman a déclaré au Comité :

> *À l'échelle du système américain de soins de santé, on trouve une réglementation insuffisante dans les établissements privés à but lucratif, tout autant que dans les établissements privés sans but lucratif. En ce qui concerne le système à but lucratif, il y a tellement d'argent en jeu dans les services de soins infirmiers, hospitaliers, ambulatoires et pharmaceutiques que les organismes réglementaires ont été persuadés, et j'irais jusqu'à dire intimidés, par l'influence politique et financière des propriétaires.*
>
> *[...] Aux États-Unis, la prestation des soins de santé dans les établissements à but lucratif représente beaucoup d'argent. Cet argent est utilisé en partie pour faire en sorte que la réglementation demeure déficiente. Cela s'applique à la Food and Drug Administration ainsi qu'à toutes sortes d'organismes réglementaires. J'ai travaillé durant six ans pour un organisme public qui étudiait la qualité des soins dans les hôpitaux du Massachusetts. Il est clair pour moi que les considérations financières jouent un rôle important.*

---

[88] *Ibid.*

[89] Ces études sont résumées dans un article de Stephen Duckett, « Does it Matter Who Own Health Facilities », paru dans *Journal of Health Services Research Policy*, vol. 6, nº 1, janvier 2001, p. 59-62.

[90] Brian S. Ferguson, *op. cit.*, juin 2002.

[91] Brian S. Ferguson, « *Profits and the Hospital Sector: What Does the Literature Really Say?* », document de travail sur la santé rédigé pour l'Atlantic Institute for Market Studies, février 2002.

[...] Si nous avions une réglementation solide, énergique et non discriminatoire, bon nombre des problèmes que j'ai mentionnés en rapport avec la qualité seraient résolus. Malheureusement, il n'en est rien[92].

Les observations de Devereaux et coll. sont aussi en contradiction avec celles d'une étude canadienne publiée en 1999 dans le *Journal de l'Association médicale canadienne* sur la qualité des soins dispensés dans des foyers pour personnes âgées autorisés et non autorisés de la région des Cantons de l'Est du Québec[93]. Les auteurs ont par exemple constaté que la qualité des soins dispensés aux résidents âgés dans les grands centres non autorisés de soins de longue durée (privés à but lucratif) étaient analogues à ceux que l'on retrouvait dans les grands centres autorisés de soins de longue durée (privés sans but lucratif)[94]. Ils ont observé en outre que la majorité des établissements étudiés (indépendamment de la taille et du type) fournissaient des soins d'une qualité relativement bonne.

Compte tenu de l'information disponible, le Comité croit qu'en laissant la Loi canadienne sur la santé en l'état – c'est-à-dire en continuant d'autoriser le fonctionnement des hôpitaux et des cliniques privés à but lucratif dans le cadre du régime d'assurance-santé (puisque la loi n'interdit pas actuellement de tels établissements) – on ne détruira pas, comme certains critiques le soutiennent, le système de soins de santé tel que nous le connaissons maintenant.

Dans l'ensemble, le Comité reconnaît que les textes sur les coûts comparatifs, la qualité, l'efficacité et le comportement général des établissements privés à but lucratif et privés sans but lucratif ne manquent pas. Nous reconnaissons également que ces études ont abouti à des conclusions mixtes. D'après certaines conclusions, les établissements à but lucratif ont un meilleur rendement, tandis que d'après d'autres ce sont les établissements sans but lucratif ou les hôpitaux privés qui ont un meilleur rendement. D'après d'autres études encore, il n'y a pas de différence entre le rendement des deux types d'établissements.

Compte tenu de l'information disponible, le Comité croit qu'en laissant la *Loi canadienne sur la santé* en l'état – c'est-à-dire en continuant d'autoriser le fonctionnement des hôpitaux et des cliniques privés à but lucratif dans le cadre du régime d'assurance-santé (puisque la loi n'interdit pas actuellement de tels établissements) – on ne détruira *pas*, comme certains critiques le soutiennent, le système de soins de santé tel que nous le connaissons maintenant. D'autres pays avancés, où prévaut un système de soins de santé organisé public, universel et qui fonctionne parfaitement bien (comme l'Australie, le Danemark, l'Allemagne, les Pays-Bas, la Suède et le Royaume-Uni), permettent déjà l'existence d'hôpitaux à but lucratif; leur présence n'a pas causé de problèmes ou de difficultés insurmontables.

Le débat sur les avantages comparatifs des établissements publics, des établissements privés sans but lucratif et des établissements privés à but lucratif ne semble pas soulever le même type de passion partout. En fait, le Comité a passé en revue les activités du

---

[92] Dr Arnold Relman (48:23).

[93] Gina Bravo et coll., « Quality of Care in Unlicensed Homes for the Aged in the Eastern Townships of Quebec », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 160, nº 10, 18 mai 1999, p. 1441-1445.

[94] L'interprétation des résultats en fonction du type d'établissement (à but lucratif ou sans but lucratif) a été facilitée par l'information fourni par la statisticienne qui a participé à la réalisation de cette étude, Marie-France Dubois.

système de soins de santé de sept pays (voir le volume trois) et a visité trois pays (Danemark, Suède, Royaume-Uni). Il a constaté qu'il n'existe pas d'articles ou d'études dans les pays européens et en Australie qui comparent la qualité ou les résultats des hôpitaux à but lucratif, des hôpitaux sans but lucratif et des hôpitaux publics. Dans ce sens, ce débat est uniquement nord-american.

Le Comité pense qu'il est peu probable que la mise en oeuvre du financement fondé sur les services dispensés fasse apparaître au Canada des hôpitaux généraux privés à but lucratif comme ceux qui sont exploités en Australie et au Royaume-Uni : dans ces deux pays, l'assurance privée des soins de santé fonctionne en parallèle avec le système public, et les médecins sont autorisés à exercer en pratique privée à grande échelle, un système qui a peu de chance d'être mis en place au Canada. Il est plus probable que les cliniques privées resteront petites et spécialisées. De telles cliniques apparaîtraient dans les créneaux où les bailleurs de fonds croient pouvoir faire un profit en fonctionnant à un coût inférieur à celui du système public, en réalisant des économies d'échelle ou, plus probablement, en profitant de l'économie de la spécialisation. Ces cliniques apporteraient un capital supplémentaire dans le système de soins de santé, puisqu'elles seraient financées par le secteur privé. C'est une autre raison pour laquelle il est peu probable qu'elles deviennent des hôpitaux généraux complètement équipés : le financement privé d'une entreprise si ambitieuse et risquée serait plus difficile à obtenir que le financement de cliniques spécialisées.

Enfin, le Comité est convaincu de la nécessité d'améliorer le rendement des hôpitaux et d'établir des rapports sur les hôpitaux du Canada, peu importe qui en est propriétaire, ce qui pourra se faire grâce au processus d'évaluation indépendant recommandé aux chapitres un et dix du présent volume. L'application d'un processus réglementaire unique à *tous* les établissements de soins de santé contribuerait grandement à assurer la prestation de soins de qualité, où que ce soit.

Annexe 2.1 :
Centres universitaires des sciences de la santé et hôpitaux et régies régionales de la santé affiliés

1. Memorial University of Newfoundland and Labrador
Healthcare Corporation of St. John's
The General Hospital
St. Clare's Mercy Hospital
Janeway Children's Health and Rehabilitation Centre
Waterford Hospital
Dr. L.A. Miller Centre
Dr. Walter Templeman Health Centre

2. Dalhousie University
Capital Health
IWK Health Centre
Queen Elizabeth Health Sciences Centre II
Dartmouth General Hospital
East Coast Forensic Hospital
Eastern Shore Memorial Hospital
Hants Community Hospital
The Nova Scotia Hospital
Twin Oaks Memorial Hospital
Musquodoboit Valley Memorial Hospital
Atlantic Health Sciences Corporation*
Saint John Regional Hospital
St. Joseph's Hospital
Sussex Health Centre
Charlotte County Hospital
Grand Manan Facility

3. Université Laval
Centre hospitalier universitaire de Québec
Hôpital Laval, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie

4. Université de Sherbrooke
Centre universitaire de santé de l'Estrie
Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

5. Université de Montréal
Centre hospitalier de l'Université de Montréal
Hôpital Sainte-Justine
Institut de cardiologie de Montréal
Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
Institut universitaire de gériatrie de Montréal

6. McGill University
Centre universitaire de santé McGill
Hôpital général juif
Hôpital St. Mary's
Hôpital Douglas

7. Université d'Ottawa
Services de santé des Soeurs de la charité d'Ottawa
Hôpital d'Ottawa
Centre hospitalier pour enfants de l'Est de l'Ontario

8. Queen's University
Kingston General Hospital
Hotel Dieu Hospital
Providence Continuing Care Centre

9. University of Toronto
University Health Network
St. Michael's Hospital
The Hospital for Sick Children
Sunnybrook Health Sciences Corporation
Mount Sinai Hospital
Toronto Rehabilitation Institute
Baycrest Centre for Geriatric Care
Centre for Addiction and Mental Health

10. McMaster University
Hamilton Health Sciences Centre
St. Joseph's Hospital

11. University of Western Ontario
London Health Sciences Centre
St. Joseph's Health Centre

12. Université du Manitoba
Office régional de la santé de Winnipeg
Hôpital général de St-Boniface
Centre des sciences de la santé

13. University of Saskatchewan
Saskatoon District Health Board
Royal University Hospital
Saskatoon City Hospital
St. Paul's Hospital
Regina Health District
Regina General Hospital
Pasqua Hospital

14. University of Calgary
Calgary Health Authority
Rockyview Hospital
Foothills Hospital
Alberta Children's Hospital
Peter Lougheed Hospital

15. University of Alberta
Capital Health Authority
Royal Alexandra Hospital
University of Alberta Hospital
Grey Nuns and Misercordia Hospital

16. University of British Columbia
Provincial Health Services Authority
Children's and Women's Health Centre
BC Cancer Agency
Vancouver Coastal Health Authority
Vancouver Hospital and Health Science Centre
Providence Health Care/St. Paul's Hospital

Source: renseignements fournis par Glenn Brimacombe, directeur général, Association canadienne des institutions de santé universitaires.

*Le CUSS fait office de principal campus au Nouveau-Brunswick de l'Université Dalhousie et de l'Université Memorial de Terre-Neuve et Labrador.

CHAPITRE TROIS

DÉLÉGUER PLUS DE RESPONSABILITÉS AUX RÉGIES RÉGIONALES DE LA SANTÉ

Dans le volume cinq de son étude sur les soins de santé, le Comité soutient que la restructuration majeure du système médical et hospitalier entraînerait un transfert de la responsabilité opérationnelle à l'égard des dépenses en soins de santé des gouvernements provinciaux (ministères de la Santé) aux régies régionales de la santé (RRS). En vertu de cette réforme, les RRS seraient responsables de l'achat des services de santé auprès des hôpitaux et des autres établissements de santé au nom de la population qu'elles desservent. Si une province le souhaite, les régies régionales de la santé pourraient également être chargées de l'achat des soins de santé primaires et des médicaments de prescription[95]. Le transfert de la responsabilité de l'*ensemble* des services de santé des ministères provinciaux de la santé aux RRS faciliterait l'intégration et la coordination du système de prestation des soins de santé et permettrait de vraiment l'orienter vers les besoins des patients.

Ce type de réforme, déjà implantée à différents degrés dans plusieurs pays, notamment en Suède et au Royaume-Uni, est également proposé dans le rapport du Conseil consultatif sur la santé du premier ministre de l'Alberta, le rapport Mazankowski[96]. Le Comité croit que les RRS ont accompli un travail digne de mention en intégrant et en organisant les services de santé pour la population de leur région au cours des dix dernières années et qu'il faudrait leur confier davantage de responsabilités et de pouvoirs en ce qui a trait à la prestation de l'ensemble des services de santé publics ou à la passation de contrats à cette fins, ou les deux.

Le Comité croit que les RRS ont accompli un travail digne de mention en intégrant et en organisant les services de santé pour la population de leur région au cours des dix dernières années et qu'il faudrait leur confier davantage de responsabilités et de pouvoirs en ce qui a trait à la prestation de l'ensemble des services de santé assurés par l'État et/ou à la passation de contrats à cette fin.

Le Comité croit de plus que cette réforme favorisera la concurrence entre les fournisseurs de soins de santé (tant les particuliers que les établissements) et contribuera à la rentabilité et à l'efficience des services offerts. Comme il le mentionne dans le volume cinq, le Comité sait qu'une réforme de ce genre doit être adaptée à la situation particulière des différentes régions du pays, afin de tenir compte autant du nombre et du type de fournisseurs de soins de santé desservant chaque région que des facteurs comme le mélange urbain/rural. Nous sommes aussi conscients qu'en Ontario, au Yukon et au Nunavut, il faudra recourir à d'autres moyens

[95] Volume cinq, pp. 39-40.

[96] Premier's Advisory Council on Health, (le très honorable Don Mazankowski, président), *A Framework for Reform*, décembre 2001 (http://www.premiersadvisory.com/).

pour atteindre les objectifs visés par cette réforme puisqu'il n'y a pas de RRS dans ces provinces et territoires[97].

Ce chapitre est divisé en cinq sections. La section 3.1 brosse un tableau général des régies régionales de la santé au Canada, à savoir leur structure actuelle, leur taille ainsi que l'ampleur de leurs responsabilités et de leur financement. La section 3.2 passe en revue les objectifs ayant mené à leur création et résume les répercussions qu'elles ont eues à la lumière de ces objectifs. La section 3.3 traite des obstacles qui empêchent actuellement les RRS de s'acquitter pleinement de leurs responsabilités. La section 3.4 explique en quoi les réformes axées sur certaines approches de « marché interne » pourraient permettre de remédier à ces préoccupations grâce à la délégation d'un plus grand nombre de responsabilités aux RRS. Enfin, dans la section 3.5, le Comité énonce sa position au sujet du rôle des RRS au Canada.

3.1 Un tableau des RRS au Canada[98]

Au Canada, les régies régionales de la santé jouent un rôle de plus en plus grand dans les soins de santé. Au cours des quatorze dernières années, toutes les provinces, à l'exception de l'Ontario et des Territoires du Nord-Ouest, ont transféré en grande partie la responsabilité de la gestion du réseau de soins de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux aux RRS. Au Canada, la définition courante de RRS est la suivante :

> *Les régies régionales de la santé sont des organismes de soins de santé autonomes qui sont chargés de l'administration de la santé dans une région géographique clairement définie au sein d'une province ou d'un territoire. Elles sont dotées de conseils de gouvernance nommés ou élus et sont responsables du financement et de la prestation des services de santé communautaires et en établissement de leurs régions*[99].

Malgré cette définition commune, il existe des différences considérables entre les régies régionales de la santé au Canada quant à l'ampleur, à la structure, à l'étendue des responsabilités et au nombre par province ou territoire. Le tableau 3.1 contient des

---

[97] Le Comité a appris que l'absence de RRS en Ontario s'explique par le fait que la Région du Grand Toronto est trop vaste pour une seule RRS. La solution consisterait peut-être à adopter le modèle de la RRS ailleurs dans la province et à recourir à un autre modèle d'intégration des soins dans la RGT.

[98] À moins d'indication contraire, l'information contenue dans cette section est fondée sur les documents suivants :
Ontario Hospital Association, *Regional Health Authorities in Canada – Lessons for Ontario*, document de travail, janvier 2002. (www.oha.com)
Centre de recherche sur la régionalisation. *La régionalisation.* (http://www.regionalization.org/)
Ian McKillop, George H. Pink et Lina M. Johnson. *La gestion financière des soins de courte durée au Canada – Revue du financement, du suivi du rendement et des pratiques d'établissement des rapports financiers*, Institut Canadien d'information sur la santé, mars 2001 (http://www.cihi.ca/dispPage.jsp?cw_page=GR_32_E).
Peggy Leatt, George H. Pink et Michael Guerriere, « Towards a Canadian Model of Integrated Health Care », *HealthCare Papers*, vol. 1, no. 2, printemps 2000, pp. 13-35.
(http://www.longwoods.com/hp/spring00/Papers2.pdf)
British Columbia Medical Association, *Regionalization of Health Care*, BCMA Policy and Reports, 1997 (http://www.bcma.org/IssuesPolicy/PolicyPapersReports/regionalization/default.asp).
Jonathan Lomas, *Regionalization and Devolution: Transforming Health, Reshaping Politics?* Occasional Paper No. 2, octobre 1997. (http://www.régionalization.org/OP2.pdf)
Jonathan Lomas, « Devolving Authority for Health Care in Canada's Provinces: 1. An Introduction to the issues », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 156, no 3, février 1997, pp. 371-377. (http://www.cmaj.ca/)

[99] Définition fournie par le Centre de recherche sur la régionalisation.

renseignements sur le nombre actuel et la date approximative de constitution des RRS dans chaque province ou territoire ainsi que des données sur la population desservie. La régionalisation des soins de santé est un phénomène récent dans beaucoup de provinces. Alors que certaines provinces ont réduit dernièrement leur nombre de RRS (par exemple, leur nombre est passé de 52 à 6 en Colombie-Britannique), d'autres l'ont augmenté (une de plus au Nouveau-Brunswick et 5 de plus en Nouvelle-Écosse). De plus, la taille de la population desservie par une RRS varie d'une province à l'autre et à l'intérieur de chaque province.

TABLEAU 3.1
RÉGIES RÉGIONALES DE LA SANTÉ (RRS)

	DATE DE CONSTITUTION	NOMBRE DE RRS	POPULATION DESSERVIE (plage ou moyenne)
Colombie-Britannique	1997	6	320 000 à 1,3 million
Alberta	1994	17	20 000 à 900 000
Saskatchewan	1992	12	30 000 à 50 000
Manitoba	1997-1998	12	7 000 à 650 000
Ontario	-	-	-
Québec	1989-1992	18	411 000
Nouvelle-Écosse	1996	9	34 000 à 384 000
Nouveau-Brunswick	1992	8	95 000
Île-du-Prince-Édouard	1993-1994	5	143 000
Terre-Neuve	1994	6	143 000
Yukon	-	-	-
Territoires du Nord-Ouest	1988-1997	9	386 à 17 897
Nunavut	-	-	-

Source: Association des hôpitaux de l'Ontario, *Regional Health Authorities in Canada – Lessons for Ontario*, document de travail, janvier 2002 (www.oha.com).

Le tableau 3.2 contient l'information sur l'étendue des services dont les RRS sont responsables dans chaque province et territoire. Il existe de grandes variations à ce chapitre. Les services hospitaliers sont communs aux RRS de toutes les provinces. De plus, dans certaines provinces, les services de laboratoire, les soins de longue durée et les soins à domicile sont souvent dispensés par les régies régionales au moyen de contrats avec des organismes du secteur privé sans but lucratif ou à but lucratif. Au Québec, l'intégration d'une vaste gamme de services de santé, de services sociaux et de services de santé mentale par les RRS a été particulièrement réussie. Toutefois, les services médicaux, les médicaments de prescription et les soins aux personnes atteintes de cancer n'ont pas été délégués aux régions et sont toujours administrés et financés principalement par les gouvernements provinciaux et territoriaux.

TABLEAU 3.2
SERVICES ADMINISTRÉS PAR LES RÉGIES RÉGIONALES DE LA SANTÉ

	Hôpitaux	Soins de longue durée	Soins à domicile	Santé publique	Santé mentale	Réhab	Services sociaux	Ambulance locale	Labos
C.-B.	X	X	X	X	X	X			X
Alb.	X	X	X	X		X			X
Sask.	X	X	X	X	X	X		X	
Man.	X	X	X	X		X		X	X
Qc	X	X	X	X	X	X	X	X	X
N.-B.	X		X					X	X
N.É.	X			X	X	X			X
Î.-P.É.	X	X	X	X	X	X	X		
T.-N.	X	X	X	X	X	X	X		
T.N.-O.	X	X	X	X		X	X		X

Source : Association des hôpitaux de l'Ontario, *Régional Health Authorities in Canada – Lessons for Ontario*, document de travail, janvier 2002 (www.oha.com).

L'étendue du pouvoir décisionnel des régies régionales de la santé varie de l'une à l'autre. Dans certaines provinces, les RRS sont soumises à des restrictions budgétaires et administratives particulières déterminées à l'échelle provinciale (Nouvelle-Écosse, Manitoba, Colombie-Britannique), tandis qu'elles ont plus d'autonomie dans d'autres (Alberta, Saskatchewan, Île-du-Prince-Édouard). Les RRS sont dotées d'un conseil d'administration élu seulement dans quelques provinces (en Alberta, par exemple, les RRS ont des conseils dont les membres sont en partie élus). Et seulement quelques conseils comptent dans leurs rangs des représentants des fournisseurs de soins de santé (comme en Colombie-Britannique). Aucun des conseils n'intervient dans la génération de recettes, mais tous sont chargés de la planification, de l'établissement des priorités, de l'attribution des fonds et de la gestion des services au niveau local en vue d'assurer une meilleure intégration et d'améliorer l'efficacité et l'efficience, dans le respect des lignes directrices de la politique établie par la province. Bon nombre jouent également un rôle direct dans la prestation de services, ou du moins emploient des fournisseurs de soins autres que les médecins.

Les RRS reçoivent des fonds du gouvernement provincial/territorial habituellement au moyen de budgets globaux fondés sur les niveaux de dépenses antérieurs pour la population desservie. Certaines provinces (comme l'Alberta, la Colombie-Britannique et la Saskatchewan) ont opté pour un financement par tête basé sur les besoins de la population (ajusté en fonction des indicateurs de population, d'âge, de sexe et de besoin).

3.2 RRS : Objectifs et réalisations[100]

À l'origine, la délégation aux régions des décisions relatives aux soins de santé comportait de nombreux objectifs. Selon la documentation canadienne, elle visait notamment : 1) la compression des coûts; 2) la satisfaction des besoins locaux; 3) le contrôle local du processus décisionnel; 4) la coordination et l'intégration des services; 5) l'utilisation efficiente des ressources en santé; 6) l'amélioration de l'accès; 7) la gestion efficace; 8) la responsabilisation

[100] Pour de plus amples renseignements, voir par exemple les documents suivants : 1) Robert Bear, « Can Medicare Be Saved? Reflections from Alberta », dans *Healthcare Papers*, été 2000, p. 60-67; 2) le rapport Mazankowski (décembre 2001).

accrue; 9) l'accent sur la santé et le bien-être de la population et 10) de meilleurs résultats cliniques.

Il y a eu peu d'évaluations de la régionalisation pour vérifier dans quelle mesure ces objectifs ont été atteints ou sont maintenant en voie de l'être. Les témoignages recueillis par le Comité et les renseignements fournis dans différents ouvrages donnent toutefois à penser que les RRS ont très bien tiré leur épingle du jeu à de nombreux égards :

- Les RRS fournissent des services moyennant des frais administratifs réduits. Par exemple, l'organisme Capital Health Region situé à Edmonton consacre moins de 3 % de son budget total aux frais administratifs.
- Les RRS axent principalement leur intervention sur la prévention de la maladie et la santé publique et veillent à maintenir des liens interactifs avec leur collectivité.
- Les RRS sont bien placées pour assurer l'intégration et la coordination des établissements offrant des services de santé. Ce faisant, elles arrivent à accroître l'efficacité et la qualité du service de façon durable.
- Une meilleure intégration et coordination au niveau régional permet de recourir aux fournisseurs de soins les moins coûteux, compte tenu des objectifs de chaque consommateur en matière d'accessibilité et de qualité des soins.
- La prestation intégrée des services de santé au niveau des RRS permet de mieux répondre aux demandes de services, par exemple, lorsque les services d'urgence sont débordés, grâce aux réponses intégrées faisant appel à des ressources spécialisées en soins à domicile, soins prolongées et soins actifs.
- Les RRS ont une plus grande marge de manœuvre pour réaffecter et regrouper les services cliniques entre les fournisseurs de soins de santé et les établissements.

Dans l'ensemble, les RRS jouent un rôle crucial dans le système de soins de santé en agissant comme intermédiaires 1) entre le patient et le fournisseur, 2) entre le gouvernement et la population locale et 3) entre l'assureur (gouvernement) et les différents fournisseurs. À cet égard, le Comité voit les RRS comme des intervenants clés dans la réforme du système de soins de santé. Elles offrent de formidables possibilités aux fins du renouvellement et de la viabilité des soins de santé au Canada.

À cet égard, le Comité voit les RRS comme des intervenants clés dans la réforme du système de soins de santé. Elles offrent de formidables possibilités aux fins du renouvellement et de la viabilité des soins de santé au Canada.

3.3 Obstacles qui empêchent les RRS de mettre pleinement à profit leur potentiel[101]

Au cours de son étude, le Comité a appris qu'un certain nombre d'obstacles empêchaient actuellement les RRS de mettre pleinement à profit leur potentiel. Ils sont résumés ci-dessous :

- Même s'il incombe aux RRS d'offrir des services de santé en fonction des besoins de leur population, leurs budgets sont, dans certaines provinces, presque entièrement déterminés par le gouvernement, tout comme leurs objectifs de rendement. Dans ces provinces, les RRS disposent de peu d'options si elles ne peuvent répondre aux besoins de leurs citoyens en matière de santé avec les ressources financières à leur disposition. Des observateurs ont fait remarquer que les conseils des RRS doivent consacrer une grande partie de leur énergie à exercer des pressions sur la province pour obtenir plus de financement. Ils croient qu'il serait préférable d'investir ces efforts dans l'établissement de leurs propres priorités et dans la réalisation de leurs propres objectifs plutôt que dans l'adoption de mesures visant à satisfaire aux priorités et aux objectifs qui leur sont imposés par le gouvernement.

- Il existe des faiblesses dans la planification des ressources et l'établissement des budgets par les RRS, ainsi que des écarts dans les rapports de rendement. Actuellement, les RRS sont tenues de présenter des plans d'activités et des budgets à la province. Dans certains cas, cependant, il s'agit de plans très généraux. Il n'y a pas d'objectifs précis établis et acceptés par les deux parties, et les budgets s'apparentent plus à des lignes directrices et ne fixent aucune limite officielle quant aux montants qui peuvent être dépensés et à quelles fins. Certains analystes ont proposé de préciser dans les accords avec le gouvernement provincial ce qui arrive quand les RRS ne parviennent pas à respecter leur budget ou n'atteignent pas leurs objectifs de rendement. Cette obligation contribuerait grandement à accroître la transparence et la responsabilisation.

- Un exemple utile de la façon dont l'établissement d'objectifs peut être mis en pratique a été porté à l'attention du Comité. Le ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta, de concert avec les organisme Capital Health des régions d'Edmonton et de Calgary, fixe annuellement des objectifs de volume pour ce qui est des services dispensés dans l'ensemble de la province (comme les transplantations d'organes, les chirurgies à cœur ouvert, les soins aux accidentés graves et aux grands brûlés et les neurochirurgies complexes). Ces objectifs sont établis en fonction de l'état de santé, de l'incidence des conditions sanitaires et des données conjoncturelles. La capacité de ces deux

[101] À moins d'indication contraire, l'information présentée dans cette section est fondée sur les documents suivants : Le rapport Mazankowski (décembre 2001).
Glenn G. Brimacombe et Lorraine Pigeon, *A Review of the Funding Flows of Régional Health Authorities in British Columbia*, The Conference Board of Canada, 2001.
Cam Donaldson, Gillian Currie et Craig Mitton, "Integrating Canada's Disintegrated Health Care System – Lessons from Abroad", *C.D. Howe Institute Commentary*, avril 2001. (www.cdhowe.org)

RRS albertaines d'atteindre les objectifs fixés et le degré d'efficacité des soins qui en découle font l'objet d'un suivi annuel.

- Même si la majorité des décisions en matière de soins de santé relèvent des médecins, la rémunération de ces derniers est indépendante des RRS. À titre d'exemple, lorsqu'un médecin demande un test de laboratoire ou un rayon-X, c'est la RRS qui assume le fardeau financier, non le médecin. Voici ce que David Kelly, ancien sous-ministre adjoint de la Santé en Alberta et en Colombie-Britannique, avait à dire au Comité à ce sujet :

> *En place depuis près de dix ans dans l'ouest du Canada, les régions sanitaires ont un mandat et des ressources pour fournir les services de santé payés par les fonds publics. Cependant, jusqu'ici on ne leur a pratiquement pas délégué de responsabilités relatives à la prestation de services médicaux. La rémunération des médecins demeure une responsabilité des ministères de la Santé, qui négocient des contrats provinciaux avec les associations de médecins. À ce jour, ces contrats, à mon avis, ont bien peu contribué à l'intégration des services médicaux aux services de santé régionaux ou à la promotion de la réforme des soins primaires. La décision prise par l'Alberta en 1994 constitue une exception remarquable. Cette province a transféré aux régions sanitaires la responsabilité et les ressources pour la prestation de tous les services de laboratoire, tant ceux des hôpitaux que des laboratoires privés. Cette décision, qui a suscité le transfert d'environ 10 % du budget des médecins aux régions, a produit des économies substantielles et un service de laboratoire intégré à l'échelle régionale. Les rapports Fyke et Mazankowski recommandent qu'au moins une partie de la responsabilité pour le paiement des services médicaux soit transférée aux régions (...)*[102].

La situation pourrait être considérablement améliorée si le coût des services médicaux était inclus dans le budget des RRS plutôt que ce soit les gouvernements provinciaux et territoriaux qui assument séparément la rémunération des médecins. Plus important encore peut-être, le transfert de la pharmacothérapie et des soins de santé primaires au budget des RRS permettrait, du point de vue des patients, la pleine intégration du système (c'est-à-dire la mise en place d'un « système homogène »).

> *(...) le transfert aux régies régionales a probablement réduit certains problèmes de manque de coordination des soins entre les organismes mais il n'est pas certain qu'il a amélioré l'intégration des nombreux processus de soins aux patients. Les composantes essentielles des soins intégrés ont été exclues du mandat des régies régionales – les médicaments et les soins médicaux étant les plus importantes. Sans responsabilité à l'égard des médecins et des produits pharmaceutiques, une régie régionale de la santé ne peut pas fournir des soins de santé intégrés*[103].

À la lumière de ce fait, le Comité croit que l'attribution de responsabilités accrues en matière de prise de décisions concernant l'ensemble des services de santé et en matière de planification ainsi que l'exercice d'un plus grand contrôle sur l'attribution des ressources

---

[102] David Kelly, mémoire au Comité, pp. 7-8.
[103] Peggy Leatt *et coll.* (printemps 2000), p. 18.

faciliteraient l'intégration des services de santé. Or, ce sont toutes là des responsabilités que les RRS sont en mesure d'assumer dans le système de soins de santé financé par l'État, maintenant et dans l'avenir.

Cela exige que les gouvernements renoncent aux approches « descendantes » et privilégient plutôt le transfert à l'échelon régional de la responsabilité de la gestion et de la régie des soins de santé. Le rôle du gouvernement devrait se limiter à assurer la régie globale du système, à établir les politiques en matière de santé de la population, à négocier des plans stratégiques et des budgets et à financer les RRS pour atteindre ces objectifs.

Le Comité croit que l'attribution de responsabilités accrues en matière de prise de décisions concernant l'ensemble des services de santé et en matière de planification ainsi que l'exercice d'un plus grand contrôle sur l'attribution des ressources faciliteraient l'intégration des services de santé. Or, ce sont toutes là des responsabilités que les RRS sont en mesure d'assumer dans le système de soins de santé financé par l'État, maintenant et dans l'avenir.

L'adoption d'une politique fondée sur certains principes d'une approche de « marché interne » est une forme possible de réforme qui faciliterait la délégation d'un plus grand nombre de responsabilités aux RRS, dépolitiserait les décisions relatives aux soins de santé, accroîtrait la concurrence et l'éventail de choix offerts dans le secteur des soins de santé et ferait en sorte que les Canadiens aient accès à un système de soins de santé véritablement homogène.

3.4 Les RRS et le potentiel des marchés internes[104]

Le concept de « marchés internes » peut paraître complexe, mais il réfère simplement à l'introduction des mécanismes de marché dans le système public de soins de santé. Des stimulants de ce type auraient une incidence sur les aspects *prestation* et *attribution* des systèmes de soins de santé, mais non sur l'aspect *financement*. Les réformes de type « marché interne » visent à accroître l'efficacité de la prestation des soins et des mécanismes d'attribution servant à répartir les recettes entre les fournisseurs de soins et les établissements.

Les marchés sont « internes » parce qu'ils supposent l'intervention, tant du côté de la demande que de l'offre, d'entités faisant partie du système public de soins de santé lui-même. Du côté de la demande, il y a un acheteur public qui agit à titre d'agent représentant la population de patients desservis. Du côté de l'offre, se trouve une autre entité qui offre le service. Dans ce contexte, l'acheteur serait la RRS, tandis que le fournisseur pourrait être un hôpital, un spécialiste, un laboratoire, un médecin de soins primaires, etc.

Des observateurs ont fait remarquer que le système canadien de soins de santé comporte déjà un certain nombre de caractéristiques propres aux marchés internes. Par exemple,

---

[104] L'information fournie dans cette section est fondée sur les documents suivants :
European Observatory on Health Care Systems, *Health Care Systems in Eight Countries: Trends and Challenges*, avril 2002. (http://www.euro.who.int/observatory/TopPage)
Volume trois, chapitre quatre et cinq, janvier 2002.
Volume cinq, avril 2002.

dans la plupart des provinces, les RRS achètent les services hospitaliers au nom de leurs citoyens ou allouent des contrats à cet égard. Au préalable, un budget global ou un financement basé sur la population est négocié séparément entre le gouvernement et chaque RRS.

Au Canada, les gouvernements n'ont pas encore 1) délégué aux RRS, de façon claire et explicite, la responsabilité de l'achat de l'*ensemble* des services de santé, et n'ont pas non plus 2) établi de cadre de résultats cohérent qui permettrait l'établissement d'une concurrence équitable entre différents fournisseurs pour l'obtention de financement, et serait assorti de responsabilités claires énoncées dans un modèle-type de contrat d'affaires ou de rendement. Dans certains cas, les RRS se contentent actuellement de transmettre aux hôpitaux le budget reçu de leur gouvernement provincial ou territorial et fondé sur les niveaux de dépenses antérieurs. En outre, aucune RRS au Canada n'est responsable du budget des médecins (spécialistes rattachés à un hôpital et ou médecins de soins primaires) ni des dépenses en médicaments de prescription. En conséquence, il ne peut y avoir de concurrence (ni d'orientation de marché) entre les fournisseurs et les établissements de soins de santé, ni de réelle intégration des différents services de santé financés par l'État.

Certains spécialistes canadiens prétendent qu'une approche de marché interne où les RRS joueraient le rôle d'acheteurs favoriserait la gestion efficace des services de santé et améliorerait la qualité des soins dans leur région :

> *Dans un marché interne, les régies régionales de la santé tiennent les cordons de la bourse et choisissent les fournisseurs en fonction de la qualité et des prix, au lieu de financer simplement les décisions de ceux qui utilisent les ressources*[105].

L'application au niveau régional de principes de réforme axée sur les marchés internes ne signifie pas que les hôpitaux relevant actuellement des RRS doivent se tourner vers le secteur privé. Il est possible d'appliquer la logique des réformes de marché interne au Canada grâce à la passation de contrats à caractère concurrentiel entre les RRS et les différents hôpitaux publics (relevant des RRS). La concurrence peut être plus vive encore si les fournisseurs du secteur privé sont autorisés à faire concurrence aux fournisseurs de l'État pour offrir certains services de santé assurés par l'État (comme les chirurgies d'un jour et les soins de longue durée). En plus de favoriser une concurrence accrue, ces contrats entre les RRS et leurs hôpitaux permettraient de fixer des objectifs de rendement précis, de sorte que la responsabilisation des hôpitaux et des autres fournisseurs de soins s'en trouverait grandement améliorée.

Le Comité est d'avis que les réformes axées sur des approches de marché interne peuvent éventuellement favoriser la concurrence entre les hôpitaux, les autres établissements et les différents fournisseurs de soins. Elles peuvent aussi inciter les fournisseurs à être plus efficaces et plus conscients des coûts et à prendre des décisions quant aux services à offrir, à leurs destinataires et aux normes de service à respecter.

Selon le Comité, une réforme de marché interne peut contribuer à la réorganisation des services en fonction des besoins de la population.

Le Comité croit de plus que de telles réformes conféreraient aux RRS la marge de manœuvre nécessaire pour réorganiser les services afin de mieux

[105] Cam Donaldson *et coll.* (avril 2001), p. 8.

les adapter aux besoins de la population. Plus important encore peut-être, l'adoption de réformes fondées sur des principes de marché interne permet de remédier au problème actuel de certaines provinces dont les ministères de la Santé appliquent un mode de gestion descendante. De plus, une approche de marché interne contribuerait à accroître considérablement la transparence et la responsabilisation dans toutes les parties du système.

Des réformes de marché interne impliquant la délégation claire de responsabilités aux organismes régionaux de santé ont été implantées en Suède et au Royaume-Uni. En Suède, avant l'adoption des réformes, les hôpitaux appartenaient aux conseils de comté qui étaient chargés de l'administration ainsi que du financement et de la prestation des services de santé et qui employaient la plupart des médecins, ceux qui étaient rattachés à un hôpital et les médecins de soins primaires. Les réformes ont donné lieu à de nouveaux accords contractuels et à de nouveaux modes de rémunération.

Ainsi, la gestion des hôpitaux publics a été transférée des conseils de comté à des conseils d'administration indépendants. La rémunération hospitalière a été remplacée par les diagnostics regroupés pour la gestion (DRG), une forme de financement en fonction du service (comme celle recommandée au chapitre deux du présent rapport). Des réformes du secteur des soins primaires ont aussi été instaurées pour permettre aux conseils de comté d'acheter les services des médecins. Un grand nombre de médecins de soins primaires se trouvent maintenant en pratique privée sous contrat avec les conseils de comté; ils sont remboursés par les conseils de comté selon la formule de rémunération à l'acte. D'autres conseils de comté ont instauré la rémunération par capitation pour les médecins de soins primaires. Dans l'ensemble, les estimations montrent que les conseils de comté ayant instauré des réformes de marché interne ont pu réduire les coûts de 13 % de plus que ceux qui avaient maintenu le *statu quo*.

Dans le système en vigueur avant la réforme, les hôpitaux du Royaume-Uni appartenaient à l'État et étaient administrés par le National Health Service (NHS), soit le service de santé national par l'entremise de ses RRS. Le budget de chaque RRS était établi par le gouvernement central selon une formule de capitation pondérée. Le budget de chaque hôpital était ensuite préparé selon un processus administratif comprenant des négociations entre la direction de l'hôpital et la RRS concernée. Les spécialistes des hôpitaux étaient des employés salariés du NHS. Ce système faisait l'objet de critiques, principalement parce que les RRS achetaient les services au nom de leur population locale et, qu'en même temps, elles dirigeaient les hôpitaux locaux. Elles se trouvaient donc en conflit d'intérêt puisqu'elles cherchaient à protéger ces hôpitaux.

Lorsque les réformes de marché interne ont été implantées, les RRS ont cessé de gérer directement leurs propres hôpitaux et sont devenues responsables, à titre d'acheteurs, de la passation de contrats avec les hôpitaux du NHS et les fournisseurs privés en vue de fournir les services requis par leurs populations résidentes. Les hôpitaux, de leur côté, ont été transformés en fiducies du NHS (NHS Trusts), c'est-à-dire, des organismes sans but lucratif à l'intérieur du NHS mais ne relevant pas directement des RRS. Un système de DRG a été mis en place pour payer les hôpitaux.

Un examen de la documentation laisse supposer qu'au Royaume-Uni, il n'y a guère eu d'évaluation rigoureuse du rôle d'acheteur de soins assumé par les RRS. Le fait que toutes les RRS sont devenues des acheteurs au début de la réforme a réduit les possibilités

F2

d'analyse comparative. Selon certains spécialistes, les marchés internes n'ont pas fonctionné comme prévu car les deux parties en cause n'ont pas pris de mesures incitatives pour favoriser la restructuration.

Plus important encore peut-être, la responsabilité des soins de santé primaires n'a jamais été déléguée aux RRS. Les médecins de soins primaires ont été encouragés à adhérer au système des enveloppes budgétaires pour les omnipraticiens (« GP Fundholdings »). Ceux participant à ce régime recevaient un fonds pour l'achat, au nom de leurs patients, de médicaments de prescription, de services de spécialistes rattachés à un hôpital et de certains soins hospitaliers. Ainsi, la plupart des médecins de soins primaires qui ont adhéré au régime sont devenus des acheteurs rivaux pour les RRS. En fait, le régime est devenu si populaire que le gouvernement central a décidé de transférer les responsabilités d'achat jusque-là dévolues aux RRS aux médecins fonctionnant selon le régime des enveloppes budgétaires (qui ont par la suite formé les groupes de soins primaires (Primary Care Trusts)).

D'après Donaldson, Currie et Mitton (2001), la transformation des RRS en acheteurs est possible au Canada. Il y a maintenant des RRS dans la plupart des provinces et territoires et le fait que la plupart des soins de santé au Canada sont dispensés dans les grandes villes et à proximité de celles-ci ouvre, selon eux, toute grande la voie à une possible concurrence entre les fournisseurs. Ils insistent cependant sur les défis à relever.

- Premièrement, il faudrait modifier le mode de rémunération des hôpitaux pour que les stimulants de marché fonctionnent. Ainsi, les hôpitaux seraient rémunérés selon une formule de financement fondée sur les services dispensés. C'est l'une des raisons pour lesquelles le Comité en a recommandé l'adoption dans le chapitre deux.
- Deuxièmement, si les hôpitaux devaient s'engager dans des contrats avec les RRS, il leur faudrait exercer un contrôle plus rigoureux sur le personnel à leur emploi. En bout de ligne, il faudrait que la responsabilité du budget pour les spécialistes rattachés à un hôpital soit déléguée aux RRS.
- Troisièmement, pour réaliser l'intégration complète du système de soins de santé, le budget pour les médecins de soins primaires devrait être attribué aux RRS, qui seraient chargées de négocier des contrats avec les médecins de leur région. Les médecins ou les groupes de médecins devraient avoir le choix de s'engager par contrat avec une RRS ou de travailler à l'extérieur du système. Cela exigerait une révision du mode actuel de rémunération des médecins.
- Quatrièmement, il faudrait songer sérieusement à confier aux RRS le pouvoir de dépenser pour l'achat de médicaments de prescription.

D'après le rapport Mazankowski, les RRS sont prêtes à relever ces défis. De façon précise, voici ce que dit le rapport :

- Les RRS devraient envisager autant la passation de contrats avec les hôpitaux de leur région que d'autres ententes de prise en charge et mécanismes de paiement.

- Il faudrait inciter les RRS à signer des contrats avec différents fournisseurs y compris les cliniques, les fournisseurs privés et sans but lucratif, les groupes de fournisseurs de soins de santé (notamment les médecins de soins primaires) et les autres régions.
- Il faudrait encourager les RRS à faciliter la création de centres de spécialisation. Les RRS dotées d'une expertise spécialisée devraient être en mesure de vendre ces services à d'autres régions et de négocier des contrats avec elles pour en assurer la prestation. De cette manière, les régions généreraient un volume de services suffisant pour leur permettre d'atteindre de meilleurs résultats.

Le Comité reconnaît le fait que les marchés internes peuvent améliorer l'efficience dans les grands centres urbains et les zones où la population est dense, mais il n'en va pas de même dans les régions à faible densité de population. Ce point a également été soulevé par Michael Decter, actuel président du conseil d'administration de l'ICIS et ancien sous-ministre de la Santé en Ontario, lorsqu'il a affirmé :

> *(...) la densité de la population est sous-estimée en tant que facteur de la capacité d'implanter un marché interne. C'est un des dangers de l'expérience européenne appliquée au Canada. Les scissions acheteur/fournisseur fonctionnent bien lorsque la densité de la population et celle des fournisseurs sont suffisantes pour susciter la compétition.*
>
> *(...) Nous avons deux réalités au Canada. Une grande partie de la population, peut-être 70 %, vte dans une poignée de grandes villes où je crois que ce modèle devrait fonctionner. La compétition serait une bonne chose en fonction de l'obtention de meilleurs prix et de meilleure qualité au fil du temps. Pour le reste, vous avez besoin de stratégies afin d'avoir suffisamment de services pour répondre aux besoins. Il ne s'agit pas de compétition. C'est plus une question de stabilité du financement et de stratégies pour permettre aux fournisseurs de s'installer réellement*[106].

Le Comité est également conscient du fait qu'il n'y a pas de RRS en Ontario, au Yukon et au Nunavut à l'heure actuelle. En conséquence, la mise en œuvre de réformes fondées sur des principes de marché interne en vertu desquelles les RRS seraient responsables de l'ensemble des services de santé n'est pas possible dans ces provinces et territoires. Il faudrait donc songer à d'autres moyens pour intégrer la prestation des services de santé et en améliorer l'efficacité.

3.5 Commentaires du Comité

Le Comité croit que la délégation d'un plus grand nombre de responsabilités aux régies régionales de la santé constitue une étape importante de la réforme des soins de santé au Canada. En réalité, les RRS sont présentes dans la

Le Comité est persuadé qu'il est maintenant temps que les RRS puissent exercer un plus grand contrôle sur l'ensemble des dépenses de soins de santé de leur région.

[106] Michael Decter (52:12).

plupart des provinces et un fort pourcentage des dépenses en soins de santé se concentre dans les grandes villes et à proximité de celles-ci, d'où l'instauration possible d'une concurrence entre les différents fournisseurs et établissements. Nous sommes persuadés qu'il est maintenant temps que les RRS puissent exercer un plus grand contrôle sur l'ensemble des dépenses de soins de santé de leur région.

Le Comité reconnaît que l'établissement de mécanismes de marché pour stimuler la concurrence entre les établissements de soins de santé exige un nombre suffisant de fournisseurs et une population importante. Bien que bon nombre de régions du Canada sont en mesure d'entreprendre une réforme de marché interne, certaines petites provinces et certaines régions à l'intérieur de grandes provinces en sont incapables. À notre avis, les réformes de marché interne devraient être mises en œuvre dans les secteurs géographiques où elles seraient avantageuses sur le plan de l'efficacité et de l'efficience.

Le Comité croit aussi qu'une réforme axée sur les principes de marché interne est la solution pour surmonter les différents obstacles qui empêchent les RRS de mettre pleinement à profit leur potentiel. Par ailleurs, il y aura moins d'interférence politique lorsque les RRS auront la liberté et la responsabilité pour atteindre les objectifs et se conformer aux normes de rendement. Les RRS auront la marge de manœuvre nécessaire pour attribuer leurs ressources financières de manière plus rentable et mieux adaptée aux besoins de la population qu'elles desservent. De plus, en confiant l'enveloppe budgétaire des soins primaires aux RRS, on s'assure qu'elles auront les moyens d'en contrôler les coûts. En outre, la délégation de la responsabilité financière à l'égard des services hospitaliers, des médecins rattachés à un hôpital et des soins de santé primaires favorisera la concurrence et permettra aux RRS d'offrir les services les plus efficaces et les plus rapides qui soient ou d'allouer des contrats à cette fin. Enfin, la prise en charge par une seule entité de l'ensemble des services de santé fera en sorte que le système de soins de santé sera mieux intégré et davantage orienté vers les besoins des patients.

Le Comité est conscient que l'application des principes de marché interne dans un système public de soins de santé oblige à modifier la méthode de rémunération des hôpitaux. Nous croyons que le financement en fonction des services est la méthode la plus pertinente et notre recommandation à cet effet est énoncée en détail au chapitre deux.

Le Comité sait aussi que pour porter fruit, les réformes de marché interne nécessitent de l'information détaillée et fiable sur les coûts. Nous croyons aussi que les recommandations que nous formulons concernant la mise en place d'un système national de dossiers de santé électroniques ainsi que l'évaluation indépendante du rendement et des résultats (voir le chapitre 10) faciliteront grandement ces réformes.

Malgré le fait que la gestion et la prestation des services de santé soit d'abord une question de compétence provinciale, le Comité croit que le gouvernement fédéral peut jouer un rôle important dans l'amélioration de la prestation des soins de santé à l'échelle régionale en investissant de façon durable dans l'infostructure des soins de santé, dans l'évaluation des résultats du système de soins et dans le bassin de ressources humaines affectées au secteur de la santé.

Il semble qu'il n'y a eu que très peu d'évaluations rigoureuses des réformes de marché interne entreprises dans d'autres pays. Nous croyons que l'intervention de nombreux facteurs, tels que la mise en œuvre simultanée de différentes réformes, a rendu difficile l'établissement de leur réelle portée. Pour cette raison, le Comité pense qu'il est important de surveiller et d'évaluer l'incidence que les réformes fondées sur des principes de marché interne peuvent avoir au Canada sur la productivité, l'efficacité du système de soins de santé, l'accès aux services couverts par le régime d'assurance public, les délais d'attente, etc., et de communiquer ces renseignements à la population canadienne.

Malgré le fait que la gestion et la prestation des services de santé soit d'abord une question de compétence provinciale, le Comité croit que le gouvernement fédéral peut jouer un rôle important pour améliorer la prestation des soins de santé à l'échelle régionale en investissant de façon durable dans l'infostructure des soins de santé (notamment dans la création de systèmes d'information pour permettre le passage à une formule de financement fondée sur les services dans le cas des hôpitaux), dans l'évaluation des résultats du système de soins de santé et dans le bassin de ressources humaines affectées au secteur de la santé.

En conséquence, le Comité recommande :

Que les régies régionales de la santé des grands centres urbains puissent exercer un contrôle sur le coût des services médicaux en plus d'assumer leur responsabilité à l'égard des services hospitaliers dans leur région. Le pouvoir de dépenser pour l'achat de médicaments de prescription devrait également leur être délégué.

Que les régies régionales de la santé puissent choisir entre différents fournisseurs (particulier ou établissement) en fonction de la qualité et des coûts et récompenser les meilleurs fournisseurs par un volume accru. Ainsi, les RRS seraient dans l'obligation d'établir des contrats clairs où le volume des services et les objectifs de rendement seraient précisés.

Que le gouvernement fédéral encourage le transfert des responsabilités des gouvernements provinciaux et territoriaux aux régies régionales de la santé et participe à l'évaluation de la portée des réformes de marché interne menées à l'échelle régionale.

CHAPITRE QUATRE

RÉFORME DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

4.1 Pourquoi une réforme des soins de santé primaires est-elle nécessaire?

Les services de soins de santé primaires constituent le premier point de contact avec le système de soins de santé. D'après l'Association médicale canadienne, les soins de santé primaires comprennent « le diagnostic, le traitement et la gestion des problèmes de santé, la prévention et la promotion de la santé, de même qu'un soutien constant combiné à des interventions familiales ou communautaires, s'il y a lieu »[107].

À l'heure actuelle, la prestation des soins primaires au Canada s'articule principalement autour de médecins de famille et d'omnipraticiens exerçant seuls ou en petits groupes. Environ 33% des médecins de soins primaires travaillent seuls et moins de 10% d'entre eux exercent dans des cliniques pluridisciplinaires. La grande majorité des cabinets de soins primaires appartiennent à des médecins qui les gèrent. Les honoraires à l'acte constituent la forme de rémunération des médecins la plus courante.

On a noté diverses lacunes et divers problèmes dans la façon dont les soins primaires sont généralement dispensés au Canada, à savoir :

- la fragmentation des soins et des services;
- l'utilisation inefficace des fournisseurs de soins de santé;
- le manque d'importance accordée à la promotion de la santé;
- les obstacles à l'accès (les soins ne sont pas offerts après les heures ouvrables et les fins de semaine);
- la piètre qualité du partage, de la collecte et de la gestion de l'information;
- le décalage des mesures d'incitation, en particulier de la rémunération à l'acte, qui récompense les soins ponctuels davantage que les soins prolongés et la promotion de la santé/prévention de la maladie[108].

La création de groupes de soins primaires (GSP) comme étape essentielle de la réforme des soins primaires fait l'objet d'un assez vaste consensus, et presque tous les rapports provinciaux importants publiés ces dernières années renferment une recommandation en faveur d'une forme quelconque de réforme des soins primaires (voir la section 4.2.1). Comme Michael Decter, ex-sous-ministre de la Santé de l'Ontario, l'a indiqué au Comité :

---

[107] Citée dans Ann L. Mable et John Marriott, *Le Fonds pour l'adaptation des services de santé – Série de rapports de synthèse – Les soins primaires*, juin 2002, p. 15.
[108] *Ibid.*, p. 16.

Le plus difficile, c'est de passer d'un modèle qui ne peut plus véritablement fonctionner – c'est-à-dire la pratique isolée – à un modèle collectif. Les groupes pourraient avoir de nombreuses configurations[109].

Les groupes de soins primaires sont des cabinets de groupe composés de médecins auxquels peuvent se joindre également d'autres fournisseurs de soins de santé (éventuellement des infirmières, des infirmières praticiennes, des physiothérapeutes, des diététistes, des sages-femmes, des psychologues, etc.).

La création de groupes de soins primaires (GSP) comme étape essentielle de la réforme des soins primaires fait l'objet d'un assez vaste consensus, et presque tous les rapports provinciaux importants publiés ces dernières années renferment une recommandation en faveur d'une forme quelconque de réforme des soins primaires.

Dans presque tous les types actuels de groupes de soins primaires, les patients doivent s'inscrire auprès d'un groupe ou d'un médecin précis pour une période de temps bien définie. Le GSP doit ensuite assurer l'accès aux soins primaires aux patients inscrits, et ce, 24 heures sur 24 et sept jours sur sept. Une fois inscrits, les patients doivent habituellement demeurer avec leur groupe de soins primaires désigné pendant une période de temps bien précise, généralement de six mois à un an, à moins qu'ils ne changent de lieu de résidence. Le médecin ou l'équipe de soins primaires joue le rôle de portier pour le reste du système, aiguillant les patients inscrits vers des spécialistes. Comme maintenant, le choix du spécialiste ferait l'objet d'une négociation entre le patient et le médecin de soins primaires concerné. Toutefois, le patient inscrit n'aurait pas directement accès à un spécialiste (comme c'est théoriquement le cas à l'heure actuelle), ni à un autre médecin de famille à l'extérieur du groupe, sauf bien sûr, dans des situations urgentes.

Un système fondé sur des GSP présente plusieurs avantages, notamment :

- une garantie d'accès pour le patient à sa propre *équipe* de médecins et d'autres fournisseurs de services, 24 heures sur 24, sept jours sur sept;
- une meilleure utilisation de la gamme de fournisseurs de soins de santé et une meilleure coordination des services aux patients, grâce au travail d'une équipe interdisciplinaire;
- des possibilités d'économies à plus long terme grâce à une réduction de la demande à l'égard de services coûteux comme les salles d'urgence et les spécialistes, etgrâce à l'adoption de mesures pour faire en sorte que chaque tâche soit confiée au professionnel le plus qualifié pour s'en occuper;
- des mesures de promotion de la santé et de prévention de la maladie à l'intention des patients.

---

[109] 52-9.

Dans le volume cinq, le Comité a reconnu qu'il n'existera jamais de modèle unique de prestation des soins de santé primaires pouvant s'appliquer exactement de la même façon dans chaque région et dans chaque province du pays, mais il s'est inspiré de divers rapports (voir la section 4.2.1) pour dresser une liste d'attributs souhaitables pour tous les modèles d'équipes pluridisciplinaires de soins de santé primaires, à savoir :

- la prestation d'une vaste gamme de services 24 heures sur 24, sept jours sur sept;
- la prestation des services par le professionnel de la santé le plus compétent pour s'en charger;
- l'adoption d'autres modes de rémunération que les honoraires à l'acte, par exemple la capitation, soit exclusivement, soit dans le cadre d'une formule de financement mixte;
- l'intégration de stratégies de promotion de la santé et de prévention de la maladie dans leur travail quotidien;
- la pleine intégration des dossiers de santé électroniques (DES) des patients à la prestation des soins.

L'une des questions soulevée lors des plus récentes audiences du Comité visait à savoir si la réforme des soins primaires allait entraîner des réductions de coûts perceptibles. Certains témoins sont d'avis qu'il devrait être possible de réaliser des économies si chaque service est dispensé par le fournisseur le plus compétent pour s'en charger, puisque les GSP offrent à tous les fournisseurs de soins la possibilité de mettre pleinement en valeur les compétences liées à leur champ de pratique. Ces témoins voient une source possible d'économies dans le fait que jusqu'à 60 à 70 % des interventions faites par des médecins pourraient être confiées à des infirmières ou à des infirmières praticiennes (des infirmières possédant des titres professionnels de niveau supérieur). Ils estiment que le transfert de ces tâches à d'autres membres qualifiés du personnel qui ne sont pas payés autant que les médecins, peut être avantageux à deux égards : il permet de réaliser des économies à court terme et de faire en sorte que les médecins consacrent une plus grande part de leur temps aux tâches pour lesquelles ils sont les seuls qualifiés et dont bon nombre sont actuellement assumées par des spécialistes parce que les médecins de soins primaires ne peuvent s'en occuper eux-mêmes faute de temps[110].

Tous les témoins conviennent qu'on réaliserait des gains d'efficacité en permettant aux médecins de se concentrer sur les interventions qui requièrent leurs compétences uniques, mais plusieurs doutent en fait qu'on réaliserait les économies prévues.

---

[110] Ce phénomène est bien illustré par les faits suivants tirés d'un rapport de 1999 de la Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario et cités dans le volume quatre de l'étude du Comité (p. 118). Le tiers des services médicaux facturés par des spécialistes ontariens en 1997 (ayant coûté 1,4 milliard de dollars en tout) auraient pu être rendus par des omnipraticiens. En 1997, les cinq codes de facturation les plus fréquents chez les omnipraticiens ontariens représentaient environ 69 % du montant total facturé par ceux-ci (1,2 milliard de dollars). Les voici : évaluations intermédiaires (pédiatrie), évaluations générales, évaluations mineures, psychothérapie individuelle et counselling. D'après les cliniciens conseillant la Commission de restructuration, la plupart de ces services, voire tous, auraient pu être rendus par des infirmières praticiennes, des infirmières et de nombreux professionnels de la santé bien formés.

À titre d'exemple, voici ce qu'a noté à ce sujet le D' Peter Barrett, ancien président de l'AMC :

> *[...] quoique souhaitable, l'élargissement de l'équipe de prestation de soins pour y inclure les infirmières, les pharmaciens, les diététistes et d'autres intervenants occasionnera une augmentation, et non pas une réduction, des coûts; il faut donc envisager autrement la réforme des soins primaires. Il faut y voir un investissement et non une façon de faire des économies, une façon rentable de répondre aux nouveaux besoins des Canadiens*[111].

Néanmoins, le Comité estime que certains facteurs contribueraient effectivement à réduire les coûts. Les remarques du D' Barrett se fondent sur l'hypothèse voulant qu'il y ait beaucoup de besoins auxquels le système ne répond pas et que la réforme des soins de santé primaires permettrait de combler, puisqu'un plus grand nombre de professionnels de la santé offriraient davantage de services. Avec une formule de rémunération à l'acte, il en coûterait évidemment plus cher. Par contre, si les médecins de soins primaires offraient des services selon la pleine mesure de leurs compétences, il y aurait également moins de patients dirigés vers des spécialistes[112].

Tous les témoins soutiennent cependant que même s'il n'y a pas d'économies à réaliser à court terme, cela ne réduit en rien l'importance d'une réforme des soins primaires, mais fait au contraire ressortir d'autres raisons de la faire progresser. D'après le professeur Brian Hutchison, de l'Université McMaster :

> *L'obsession de la réduction des coûts nous a amenés à envisager de recourir aux infirmières praticiennes comme remplaçantes des médecins. L'autre dimension qu'il faut explorer, c'est leur potentiel pour ce qui est d'étendre la palette des soins primaires et d'insister davantage sur la promotion de la santé, la prévention et le counselling, domaines dans lesquels elles ont beaucoup à offrir, probablement plus que les médecins. Nous devrions envisager pour les infirmières praticiennes un rôle complémentaire, au lieu de les voir principalement comme un moyen d'économiser de l'argent. Nous devrions voir dans cette profession un outil d'amélioration de la santé*[113].

Le Comité est tout à fait d'accord avec ce point de vue. De fait, le rapport de synthèse sur divers projets de soins de santé primaires entrepris sous les auspices du Fonds pour l'adaptation des services de santé de Santé Canada fournit d'autres preuves en ce sens. Voici ce que dit ce rapport au sujet d'un projet d'évaluation du rôle d'un(e) infirmière praticienne dans le contexte d'une équipe pluridisciplinaire travaillant à partir d'une clinique de Calgary :

---

[111] 56:12.

[112] La recherche effectuée par la Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario montre que la baisse la plus spectaculaire à ce chapitre concerne les renvois à des dermatologues et à des oto-rhino-laryngologistes.

[113] 58:13.

Au départ, les médecins ne savaient pas très bien quel serait le rôle des infirmières praticiennes, mais ils ont vite constaté qu'elles facilitaient la communication entre différents fournisseurs de soins, qu'elles amélioraient sensiblement l'accès aux soins et leur qualité, et qu'elles prenaient en main des cas, permettant ainsi aux médecins de passer plus de temps avec des patients qui avaient besoin de leurs services. Quelque 95 p. 100 des patients ont été satisfaits de cette initiative[114].

4.2 Les provinces et la réforme des soins primaires

Dans la présente section, nous examinons brièvement les points saillants de six rapports provinciaux qui renferment des recommandations de réforme des soins primaires. Nous passons ensuite en revue différentes initiatives récentes de mise en œuvre dans trois provinces, soit l'Ontario, le Québec et le Nouveau-Brunswick, qui ont dépassé le stade de la rédaction de rapports et de la création de projets pilotes.

4.2.1 Rapports récents

Le *tableau 4.1* (fin de chapitre) présente un aperçu des différentes propositions énoncées dans les six rapports, le plus ancien datant de décembre 1999[115], et les regroupe en fonction d'un certain nombre d'éléments clés d'une éventuelle réforme des soins primaires. Il y a beaucoup de similitudes importantes et un certain nombre de différences notables de l'un à l'autre.

Tous les rapports préconisent de recourir à une forme quelconque d'équipe pluridisciplinaire fonctionnant habituellement 24 heures sur 24 et sept jours sur sept, pour assurer la prestation de soins primaires complets. Les modalités de réalisation de cet objectif varient cependant considérablement, tout comme les détails fournis dans les divers rapports. Il importe de noter que tous insistent sur la nécessité de créer une forme quelconque de dossier de santé électronique (DSE – voir le chapitre dix), même s'ils n'en font pas tous une condition inhérente à la mise en œuvre de leurs propositions de réforme des soins primaires.

Les descriptions des équipes pluridisciplinaires proposées dans les rapports diffèrent, tout comme la façon dont les liens entre les groupes de soins primaires et les autres

---

[114] Marriott Mable, *op. cit.*, p. 20

[115] Ces rapports sont les suivants :

1. Commission de restructuration des services de santé (Duncan Sinclair, président), *Primary Health Care Strategy – Advice and Recommendations to the Honourable Elizabeth Witmer, Minister of Health*, gouvernement de l'Ontario, décembre 1999.
2. Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Michel Clair, commissaire), *Les solutions émergentes – Rapport et recommandations*, janvier 2001.
3. Saskatchewan Commission on Medicare (Kenneth Fyke, commissaire), *Caring for Medicare – Sustaining a Quality System*, avril 2001.
4. Premier's Advisory Council on Health (le très honorable Don Mazankowski, président), *A Framework for Reform*, rapport au premier ministre de l'Alberta, décembre 2001, p. 52 et 53.
5. Primary Care Advisory Committee (Kathy LeGrow, présidente), *The Family Physician's Role in a Continuum of Care Framework for Newfoundland and Labrador*, un cadre pour le renouvellement des soins primaires, ministère de la Santé et des Services communautaires, Terre-Neuve et Labrador, décembre 2001.
6. Rapport du Conseil du premier ministre sur la qualité des soins de santé, *Renouvellement du système de santé*, gouvernement du Nouveau-Brunswick, janvier 2002.

fournisseurs de soins de santé, comme les hôpitaux, y sont envisagés. Seule une minorité des rapports préconisent l'adoption de mécanismes de financement de rechange bien précis, et deux seulement comportent des propositions explicites concernant l'inscription de patients.

Même s'il est trop tôt pour dire si les recommandations formulées dans ces différents rapports seront mises en œuvre, l'exemple de l'Ontario est peut-être instructif à cet égard. Premier à être publié, le rapport de la Commission de restructuration des services de santé (rapport Sinclair) est celui qui donne la description la plus détaillée de la façon dont la réforme des soins primaires devrait être mise en oeuvre. Comme l'Ontario a été la première province à entreprendre une réforme des soins primaires sur l'ensemble de son territoire, il est intéressant de noter que le modèle effectivement adopté à cette fin semble moins uniforme et d'application plus souple et facultative que celui proposé dans le rapport.

4.2.2 Le Réseau santé-famille de l'Ontario

Le Réseau santé-famille de l'Ontario (RSFO) a été créé en mars 2001. Il s'agit d'un organisme semi-autonome qui relève du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) de l'Ontario. Le RSFO fournit aux médecins de famille de l'information, un soutien administratif et des fonds pour les technologies afin d'appuyer la création volontaire dans leurs communautés de réseaux santé-famille (RSF).

Le modèle des RSF incite les groupes de médecins de famille et les membres des professions paramédicales comme les infirmières praticiennes à collaborer pour fournir des soins accessibles et coordonnés aux patients qui sont inscrits auprès de leurs services. Le RSFO fournit des fonds, des lignes directrices et des services de soutien, mais ce sont les médecins qui décident de leur propre gré de former un RSF local et qui planifient de quelle façon ils collaboreront pour offrir à leurs patients les meilleurs services possibles.

Il faut au moins cinq médecins (dont un doit jouer le rôle de chef de groupe) et 4 000 patients inscrits pour former un RSF, qui peut s'étendre à plus d'un endroit. En plus d'offrir des services pendant les heures ouvrables, l'un des bureaux d'un RSF doit être ouvert de 17 h à 20 h, du lundi au jeudi, et trois heures par jour la fin de semaine. En dehors des heures ouvrables, les patients inscrits sur la liste du RSF ont accès à une ligne téléphonique où des infirmières répondent aux appels, avec l'aide d'un médecin de garde du réseau santé-famille.

On a créé en 1998 des réseaux pilotes, appelés réseaux de soins primaires. Entre 1998 et 2000, on en a mis sur pied 14 dans sept communautés, si bien qu'aujourd'hui, ils regroupent plus de 178 médecins et environ 270 000 patients inscrits. En novembre 2001, l'Ontario Medical Association (OMA) s'est prononcée par vote en faveur de l'idée de permettre au RSFO d'offrir aux médecins du nord et des régions rurales de la province de conclure des ententes avec les réseaux santé-famille. En janvier 2002, les membres de l'OMA ont également donné leur accord à la signature d'un accord contractuel de portée générale avec les médecins de famille de toute la province. Un groupe de six médecins des Dorval Medical Associates à Oakville a formé en 2002 le premier réseau santé-famille de l'Ontario.

Les patients qui adhèrent à un RSF acceptent de contacter d'abord le médecin de leur réseau santé-famille lorsqu'ils ont besoin d'un service de santé, à moins d'être en voyage ou de se trouver dans une situation d'urgence. Ils acceptent également de

permettre au MSSLD de fournir au médecin du RSF certains renseignements au sujet des services de santé qui leur ont été dispensés par des médecins de famille n'appartenant pas leur réseau. Le MSSLD peut, en outre, communiquer au réseau santé-famille les dates d'immunisations et les résultats de tests de dépistage du cancer du col utérin et de mammographies.

C'est le médecin du réseau santé-famille qui, en consultation avec chaque patient, effectue les renvois vers des spécialistes ou d'autres médecins de famille pour obtenir une contre-expertise. Les patients peuvent continuer à utiliser les services de leur médecin sans joindre les rangs du RSF dont celui-ci fait partie. De même, s'ils décident d'annuler leur inscription auprès du RSF de leur médecin, ils n'ont pas à changer de médecin de famille. Celui-ci peut continuer à les recevoir selon les mêmes conditions qu'avant leur adhésion au réseau. Les patients peuvent changer de médecin attitré jusqu'à deux fois par an. Cependant, s'ils consultent régulièrement un autre omnipraticien, leur médecin attitré peut supprimer leur nom de la liste des patients inscrits auprès de son réseau santé-famille.

Le degré de satisfaction des médecins à l'égard des réseaux pilotes est élevé et aucun ne s'est encore retiré. Les ententes que signent les médecins afin de créer un RSF portent sur les droits et les responsabilités des patients et des médecins eux-mêmes, leur rémunération et le soutien administratif.

Les montants versés pour les patients inscrits, montants qui sont pondérés suivant l'âge et le sexe (voir le tableau 4.2) et qui englobent un éventail de 57 services de soins primaires courants, sont censés correspondre à environ 60 % des revenus d'un RSF. Le reste est constitué d'autres montants pour la prestation de services préventifs comme les vaccinations, les tests de Papanicolaou et les mammographies; de bonis pour le rapatriement de patients ayant déjà consulté d'autres médecins pour recevoir des soins primaires essentiels; d'honoraires de visite et de primes pour des services non essentiels, comme les accouchements et les soins aux patients hospitalisés.

TABLEAU 4.2
COEFFICIENT APPLICABLE AU VERSEMENT DU PAIEMENT AU TAUX DE BASE ET DU PAIEMENT SPÉCIAL SUIVANT L'ÂGE ET LE SEXE

Âge	Homme	Femme	Moyenne
00-04	1,05	1,00	1,03
05-09	0,55	0,54	0,55
10-14	0,44	0,46	0,45
15-19	0,46	0,82	0,64
20-24	0,46	1,03	0,74
25-29	0,50	1,07	0,79
30-34	0,58	1,08	0,83
35-39	0,72	1,17	0,95
40-44	0,80	1,20	1,01
45-49	0,88	1,30	1,11
50-54	1,02	1,46	1,25
55-59	1,16	1,47	1,33
60-64	1,27	1,50	1,40
65-69	1,43	1,58	1,52
70-74	1,66	1,69	1,69
75-79	1,99	2,01	2,00
80-84	2,08	2,08	2,08
85-89	2,34	2,37	2,36
90+	2,64	2,68	2,67

Nota : Le multiplicateur pour le paiement au taux de base est 96,85 $.
Source : Matt Borsellino, "Primary Care Payment Options Become Available," *The Medical Post*, 4 décembre 2001, p. 8.

Les médecins peuvent aussi facturer leur formation médicale continue et chaque réseau a droit annuellement à une somme pouvant aller jusqu'à 25 000 $ pour acquitter ses frais d'administration supplémentaires. Les RSF ont également droit à des fonds pour se doter d'un système de technologies de l'information, notamment pour les dossiers électroniques de leurs patients, les avertissements concernant les interactions médicamenteuses, le suivi des mesures liées aux soins préventifs et la facturation électronique.

Avec une charge « moyenne » de travail de bureau et de garde à l'hôpital, en obstétrique et en salle d'urgence, et une liste de 1 480 patients, un médecin peut recevoir 254 846 $ en vertu du modèle de rémunération mixte. La rémunération annuelle d'un médecin qui ne fait que du travail de bureau et qui a une liste de 1 423 patients peut atteindre 204 256 $. Sa rémunération brute s'élève à 105 455 $ s'il a une liste de 598 patients seulement.

Selon le Dr Elliot Halparin, médecin de famille de Georgetown (Ontario) et président de l'OMA, la rémunération moyenne d'un médecin rattaché à un RSF en milieu

urbain, en vertu du modèle mixte, est évaluée à 244 500 $, pour une liste de 1 600 patients, contre 210 700 $ en vertu de la formule traditionnelle de rémunération à l'acte. Ces chiffres reposent sur la facturation moyenne des 6 500 à 7 000 médecins de famille ontariens qui assurent des soins complets.

Même s'il est trop tôt pour tenter d'évaluer le projet de RSFO lui-même, Price Waterhouse Coopers a effectué en octobre 2001 pour le compte du MSSLD une évaluation des projets pilotes (des réseaux de soins primaires ou RSP) avant leur pleine mise en œuvre. Certaines de ses conclusions sont dignes de mention :

- Les cinq principaux avantages dont bénéficient les médecins adhérant à un RSP sont les suivants : effets positifs de la rémunération par capitation sur le mode de vie et le style de pratique; amélioration des soins aux patients; technologies de l'information (TI); accroissement du revenu; partage des appels et remplacement en cas d'absence.
- Les principaux défis auxquels les médecins sont confrontés lorsqu'ils adhèrent à un RSP concernent les exigences administratives, les TI, la liste de patients et les relations avec le ministère.
- La participation d'infirmières praticiennes et d'autres fournisseurs de soins de santé aux réseaux a jusqu'ici été limitée, même si les patients déclarent être très satisfaits des infirmières praticiennes.
- La définition des rôles et l'intégration aux équipes posent des défis lorsque vient le temps d'inclure des infirmières praticiennes dans les RSP; le nombre d'infirmières praticiennes par rapport au nombre de médecin est extrêmement faible dans beaucoup de ces réseaux.
- Le recrutement d'infirmières praticiennes pourrait avoir une incidence sur la rentabilité des RSP, mais il n'existe aucune preuve définitive à cet effet.
- Les médecins sont très satisfaits de la capitation et certaines données préliminaires montrent que ce mode rémunération a pour effet d'encourager des changements de comportements.
- Le service de télétriage semble avoir eu des répercussions positives sur l'utilisation des salles d'urgence. Selon les données émanant du fournisseur de ce service, s'il n'y avait pas eu de télétriage, les demandeurs auraient effectué 1 874 consultations auprès des salles d'urgence d'hôpitaux. Or, seuls 871 demandeurs se sont fait conseiller de se rendre à l'urgence, ce qui représente 1 003 consultations de moins.

On a aussi noté dans le rapport trois catégories d'obstacles qui entravent les progrès des réseaux :

- *Les obstacles à la mise en œuvre.* Exemples : les retards pour diverses composantes des TI, l'insuffisance des ressources pluridisciplinaires, l'incapacité d'absorber le volume plus élevé que prévu d'appels adressés au service de télétriage, le manque de sensibilisation des patients et du public au sujet de la réforme.

- *Les obstacles liés au modèle.* Exemples : une approche centrée sur les médecins à l'égard de la réforme, les problèmes posés par les codes de bonis et les taux de capitation, le peu de rétroaction donnée aux médecins au sujet de l'utilisation des services externes, la nécessité de recourir à des mesures de rendement précises pour évaluer les RSP.

- *Les obstacles systémiques.* Exemples : les pénuries de médecins, la structure de financement des soins de santé, le degré insuffisant d'intégration aux réformes adoptées dans d'autres secteurs de la santé et les lacunes sur le plan du service.

Le Comité trouve important de souligner que le modèle adopté en Ontario diffère énormément de celui préconisé par la Commission de restructuration des services hospitaliers. La Commission aurait voulu que les gouvernements cessent de payer les services offerts individuellement par les médecins et adoptent plutôt un modèle en vertu duquel ils financeraient le GSP dans son ensemble principalement au moyen d'une formule de capitation. De l'avis du Comité, cette proposition aurait entraîné la création de véritables pratiques de groupe au lieu du genre de pratique qui semble vouloir voir le jour en Ontario et en vertu duquel des médecins praticiens travaillent sous un même toit tout en conservant l'essentiel de leur autonomie. Le Comité souscrit à l'approche recommandée par la Commission de restructuration des services hospitaliers.

Deux autres provinces ont toutefois annoncé récemment des initiatives de réforme des soins primaires qui s'apparentent plus étroitement aux recommandations contenues dans les rapports commandés par leurs instances gouvernementales respectives.

4.2.3 Québec

Le 4 juin 2002, le ministre québécois de la Santé et le président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ont annoncé qu'ils en étaient arrivés à une entente sur des modalités d'établissement des 20 premiers groupes de médecine de famille (GMF). Cette initiative fait partie d'un plan visant à créer plus de 300 de ces groupes au cours des quatre prochaines années, au terme desquelles ceux-ci devraient fournir des services de soins primaires à 75 % de la population de la province, comme l'a recommandé la Commission Clair[116].

La création de GMF ne sera pas obligatoire, pas plus que l'inscription des patients. Chaque GMF englobera 6 à 10 médecins et infirmières et fournira une gamme complète de services de soins primaires à une population de 10 000 à 20 000 patients[117]. Durant la phase de transition initiale, les médecins continueront d'être rémunérés pour leur activité clinique de la même façon qu'ils le sont actuellement (à l'acte, au moyen d'un salaire, etc.), mais recevront aussi une rémunération horaire pour leurs activités associées au fonctionnement du GMF, comme la coordination des services destinés aux patients inscrits

[116] Communiqué de presse du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 4 juin 2002.
[117] *Health Edition*, vol. 6 nº 23, 7 juin 2002, p. 4.

ou leur collaboration interdisciplinaire avec d'autres fournisseurs, de même qu'une prime annuelle pour chaque patient inscrit sur leur liste[118].

Les patients s'inscriront auprès du médecin de leur choix à l'intérieur d'un GMF. Une inscription sera valide pendant une année et automatiquement renouvelée à moins que le patient ne l'annule par écrit. Les patients inscrits auront accepté de consulter d'abord leur médecin (ou quelqu'un d'autre au sein du même GMF), à moins qu'ils ne se trouvent dans une situation d'urgence ou qu'ils ne soient en voyage. Les GMF auront des heures d'ouverture prolongées et garantiront la prestation de soins 24 heures sur 24, sept jours sur sept, grâce à un service d'urgence téléphonique[119].

Pour financer la création des 20 premiers GMF, le gouvernement québécois a engagé 15 millions de dollars, répartis en trois enveloppes : 5 millions de dollars pour verser une rémunération additionnelle aux médecins, 5 millions de dollars également pour la bureautique et le matériel de bureau et enfin 5 millions de dollars pour recruter des infirmières[120]. La création de chaque GMF devra être approuvée par le ministre; chaque groupe de médecine de famille devra également avoir conclu un contrat avec un CLSC (un centre de santé communautaire), ainsi qu'une entente avec le conseil régional de la santé.

Le gouvernement du Québec a aussi récemment présenté un projet de loi, parrainé conjointement par les ministères de la Santé et de la Justice, qui redéfinit les rôles des médecins pour leur permettre de déléguer plus de responsabilités aux infirmières. Ce groupe se spécialisera dans des domaines comme la chirurgie, la cardiologie et les soins intensifs néonataux, de même que dans l'exécution de tâches additionnelles dans divers contextes, notamment les salles d'urgence[121].

4.2.4 Nouveau-Brunswick

Le gouvernement du Nouveau-Brunswick a récemment annoncé deux mesures connexes qui font suite aux recommandations relatives à une réforme des soins primaires contenues dans le rapport du Conseil du premier ministre sur la qualité des soins. Le 8 mai, il a déposé un projet de loi visant à intégrer des infirmières praticiennes au système de santé de la province et à permettre aux infirmières agréées de faire davantage usage de leurs compétences et de leur formation. Ce projet de loi prévoit la création et l'agrément d'infirmières praticiennes et habilite les infirmières de première ligne oeuvrant dans les soins de santé primaires à traiter elles-mêmes certains patients n'exigeant pas des soins urgents, sans l'intervention directe d'un médecin[122]. Elles pourront commander des tests en laboratoire et diverses procédures de diagnostic et délivrer des ordonnances pour certains médicaments.

Le ministre de la Santé a annoncé plus tôt que le gouvernement consacrera 2,1 millions de dollars à la création dans la province d'au moins deux centres de santé

---

[118] Fiche technique du MSSS, « Résumé de l'entente particulière entre la FMOQ et le MSSS relative aux groupes de médecine de famille. »

[119] Fiche technique du MSSS, « Le groupe de médecine de famille ».

[120] *Health Edition, op. cit.*

[121] *Medical Post*, 14 mai 2002.

[122] Communiqué de presse 453, 8 mai 2002.

communautaire durant l'exercice en cours[123]. Ces centres feront appel à des équipes pluridisciplinaires de professionnels de la santé, notamment à des infirmières praticiennes.

Ce projet de loi a reçu l'appui tant des organisations représentant les médecins que de celles représentant les infirmières. En avril 2002, la Société médicale du Nouveau-Brunswick a de fait proposé la facturation directe de certains services de soins infirmiers au régime d'assurance-maladie de façon à permettre aussi bien aux médecins qu'aux infirmières de voir des patients. Elle a alors fait valoir que cette mesure allait permettre aux cabinets de médecins de famille d'accepter plus de patients, réduire les listes d'attente pour la consultation de spécialistes et même inciter certaines infirmières à retourner à l'exercice de leur profession.

4.3 Surmonter les obstacles au changement

Le Comité accueille favorablement ces initiatives provinciales. Nous notons que, pour la première fois, la réforme des soins de santé primaires est passé du stade des études préliminaires à celui de la mise en application concrète. Ces progrès nous autorisent à entretenir un optimisme prudent quant à l'éventualité d'une vaste réforme des soins primaires au Canada. Il faudra cependant surmonter un certain nombre d'obstacles au changement.

En ce qui concerne l'Ontario par exemple, un certain nombre de témoins ont exprimé des doutes au sujet du caractère « centré sur les médecins » du RSFO. L'un d'eux, le professeur Hutchison, a déclaré au Comité que le modèle ontarien était :

> *... un modèle très limité qui reflète le processus par lequel il a été négocié : des négociations bilatérales entre le gouvernement et l'Ontario Medical Association. Aucun intervenant non médecin n'a participé à la discussion. C'était des négociations privées, derrière des portes closes.*
>
> *Bien qu'il comporte certains éléments intéressants, c'est un modèle plutôt traditionnel. On a changé le mode de financement (de rémunération des médecins), mais pas grand-chose d'autre. Chose certaine, ce modèle ne donne pas beaucoup de possibilités aux fournisseurs de soins pour ce qui est de mettre au point et d'évaluer divers arrangements faisant appel à des fournisseurs non médecins comme des infirmières praticiennes, travailleurs sociaux, sages-femmes, etc. C'est un modèle axé sur le médecin*[124].

Abondant dans le même sens, le Dr Peter Barrett a insisté sur le fait qu' « afin de garantir des soins complets et intégrés, le médecin de famille doit demeurer le prestataire et le coordonnateur central de l'accès opportun aux services médicaux financés par l'État »[125]. La Dre Ruth Wilson, présidente du RSFO, a reconnu dans son témoignage que le modèle ontarien actuel constituait un point de départ. Elle espère « que les relations avec les autres professionnels se resserreront quand nous aurons mis en place des réseaux de santé

---

[123] *Medical Post*, vol. 38, nº 21, 21 mai 2002.
[124] 58:23.
[125] 56:10.

familiale »[126], et ajoute que « nous avons beaucoup de choses à changer si nous voulons convaincre les milliers de médecins de famille de l'Ontario d'accepter ce modèle »[127].

À cet égard, le président de l'OMA, le D' Elliott Halparin, a souligné qu'il faudrait du temps avant que les médecins n'y adhèrent en grand nombre :

> *On peut comparer l'intérêt qu'il suscite à du maïs à éclater : au début, quelques grains éclatent seulement et ensuite il y en a de plus en plus. L'intérêt pour le système augmentera de la même façon à mesure que des gens se rendront compte que c'est la meilleure façon d'offrir un ensemble complet de services et que le système profite tant aux patients qu'aux médecins*[128].

De façon plus générale, des témoins ont fait état de divers obstacles qui entravent encore la mise en œuvre d'une réforme des soins primaires, en l'occurrence :

- les droits acquis de divers groupes professionnels;
- les pénuries de personnel qualifié;
- le fait que les honoraires à l'acte soient la méthode de rémunération des médecins la plus courante;
- les coûts élevés de démarrage;
- l'absence d'une infrastructure d'information électronique.

Le premier de ces points est celui qui a semblé susciter le plus de controverse chez les témoins entendus par le Comité. Certains estiment qu'il faut une intervention ferme, de la part du gouvernement si nécessaire, pour sortir de l'impasse créée par des groupes professionnels qui défendent leur chasse gardée. Claude Forget, ancien ministre de la Santé du Québec, a affirmé que « le fonctionnement du secteur n'est pas très différent de celui d'une guilde médiévale au sens où il est rigide et ne permet pas d'aller chercher quelqu'un qui évolue dans une profession connexe, en cas de pénurie »[129].

Graham Scott, ancien sous-ministre de la Santé de l'Ontario, a exprimé une opinion similaire, faisant remarquer que « nous sommes confrontés à un monstre très bien financé, bien organisé et puissant caché sous les traits des organisations qui représentent les professionnels de la santé »[130]. Toujours selon ses dire, il faut « la menace de dispositions législatives forcées » [131] pour amener les parties à la table des négociations afin de réviser la réglementation qui régit actuellement les champs de pratique.

D'autres témoins ont cependant fait valoir que la réforme des soins primaires ne pourra être imposée aux fournisseurs de soins de santé et qu'elle ne portera fruit que si elle est adoptée volontairement. Le D' Les Vertesi, directeur médical au Royal Columbian

---

126 57:7.
127 57:17.
128 56:22.
129 53:54.
130 53:47.
131 53:49.

Hospital de Vancouver, a ainsi affirmé « [qu']il y a des choses, comme la réforme des soins de santé primaires, qui doivent être effectuées par les fournisseurs, car le souci du détail est incroyablement important »[132]. Le professeur Hutchison a également souligné que « les chances sont très minces d'imposer des réformes à des fournisseurs récalcitrants, en partie parce que je ne crois pas qu'aux yeux du public, une réforme des soins primaires apporterait des avantages énormes »[133].

Au sujet des champs de pratique, M[me] Kelly Kay de l'Association canadienne des infirmières auxiliaires, a souligné ce qui suit :

> *[...] le fait que les infirmières auxiliaires autorisées rencontrent toujours des obstacles artificiels à l'exercice de leur profession, que les infirmières praticiennes doivent lutter pour être reconnues et rémunérées et que d'autres professionnels, comme les physiothérapeutes, ne bénéficient toujours pas d'un accès direct illustre bien les obstacles que rencontrent encore certains groupes professionnels*[134].

Par ailleurs, des représentants des médecins ont noté les progrès réalisés par les organisations de professionnels lorsqu'elles ont convenu de principes communs pour déterminer les champs de pratique. Voici ce qu'à dit à ce sujet le D[r] Barrett :

> ***[...] le Comité s'est dit favorable à la révision des règles qui régissent les champs de pratique afin de permettre à tous les fournisseurs de soins de santé de fournir la gamme complète des services pour lesquels ils ont été formés. Le Comité est d'avis qu'il faudrait uniformiser autant que possible ces règles dans tout le pays.***

> *L'Association médicale canadienne a adopté une politique sur les « champs de pratique » qui appuie clairement la collaboration et la coopération. L'Association des infirmières et infirmiers du Canada et l'Association des pharmaciens du Canada ont donné leur accord de principe à cette politique. Nous avons d'ailleurs signé un document à cet effet*[135].

Dans le volume cinq, le Comité s'est dit favorable à la révision des règles qui régissent les champs de pratique afin de permettre à tous les fournisseurs de soins de santé de fournir la gamme complète des services pour lesquels ils ont été formés[136]. Le Comité est d'avis qu'il faudrait uniformiser autant que possible ces règles dans tout le pays. Le rapport de synthèse des projets touchant les soins primaires du Fonds pour l'adaptation des services de santé en arrive à une conclusion semblable, notamment pour ce qui est des soins infirmiers :

---

[132] 53:90.
[133] 58:12.
[134] 61:4.
[135] 56:12.
[136] Voir également au chapitre onze d'autres observations sur la nécessité de modifier les règles régissant les champs de pratique.

Il faudrait une initiative fédérale, provinciale et territoriale pour définir des normes nationales en ce qui concerne la terminologie et la portée de la pratique. Cette initiative devrait comprendre des prescriptions légales favorables à l'élargissement du rôle des infirmières et des infirmières praticiennes[137].

Le Comité souscrit à cette conclusion et croit que le gouvernement fédéral devrait prendre l'initiative à cet égard.

Certains témoins ont laissé entendre que ce qui manque surtout pour faire progresser la réforme des soins primaire plus rapidement, c'est la volonté politique. Dans cet esprit, Michael Decter a déclaré au Comité :

La question n'est pas de trouver le bon modèle, mais plutôt de déplacer des balises. Nous avons passé beaucoup de temps à chercher le modèle parfait de réforme des soins primaires. À certains endroits, cela a fonctionné en grande partie parce que quelqu'un a tout simplement eu la volonté de changer les choses[138].

Des témoins ont réitéré l'argument formulé par le Comité dans le volume cinq à l'effet qu'il ne peut y avoir de modèle unique applicable de la même façon dans toutes les régions du pays. Mme Kelly Kay a affirmé que « celle-ci [la prestation des soins de santé primaires] variera d'un endroit à l'autre », puisque « chaque ville doit adapter ses services à ses besoins »[139]. Pour sa part, la D[re] Susan Hutchison, présidente du Forum des médecins omnipraticiens de l'Association médicale canadienne, a déclaré au Comité :

La composition des équipes de soins de santé varie selon les besoins de la population. Il n'existe pas de composition idéale. Ce qui fonctionne le mieux, ce sont des ressources humaines adéquates pour répondre aux besoins de la population. La composition du personnel soignant s'établit en fonction des services nécessaires pour répondre aux besoins des malades. La gamme idéale des services offerts par une équipe dépend des besoins de la population et du bassin de professionnels de la santé disponibles. Il peut y avoir une variation considérable entre les besoins de diverses populations, comme c'est le cas pour les populations autochtones, par exemple[140].

Les auteurs du rapport de synthèse sur les projets du Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS) dans le domaine des soins primaires (juin 2002) en arrivent à une conclusion semblable lorsqu'ils soulignent que « le système de santé s'est déjà montré capable de soutenir des variations organisationnelles et il pourrait encore le faire dans le cadre déterminant de l'intégration des soins de santé primaires »[141]. Ils tirent aussi un certain nombre de leçons qui corroborent les recommandations formulées par le Comité dans le volume cinq en ce qui concerne les caractéristiques fondamentales d'un système de soins primaires réformé, l'élaboration d'une stratégie nationale en matière de ressources humaines

---

[137] Marriott Mable, *op. cit.*, p. 45.
[138] 52:16.
[139] 61:5.
[140] 56:15.
[141] Marriott Mable, *op. cit.*, p. 40.

en santé et la mise en oeuvre d'un système national de dossiers de santé électroniques. Ainsi, ils concluent que :

> *L'expérience directe acquise par le biais des projets du FASS apporte un nouvel éclairage et renforce les connaissances de longue date sur certains aspects des soins de santé primaires, comme les avantages de la médecine de groupe et des équipes pluridisciplinaires, le potentiel inexploité des infirmières, et les liens entre les déterminants, la promotion de la santé et la maladie, et la prévention des blessures*[142].

Ils affirment également que certaines conditions sont nécessaires au succès de la réforme des soins primaires et soutiennent à cet égard qu'« il est essentiel, si l'on veut de bons soins de santé primaires, de prêter attention à des éléments sous-jacents tels que la création d'un dossier médical électronique commun et l'accès à des ordinateurs et à d'autres technologies pour les services, l'information et la recherche »[143].

4.4 Le rôle du gouvernement fédéral

Dans le volume cinq, le Comité recommande :

Que le gouvernement fédéral continue de travailler avec les provinces et les territoires à la réforme de la prestation des soins primaires et qu'il assure un soutien financier permanent aux projets de réforme entraînant la création d'équipes de soins de santé primaires pluridisciplinaires qui :

- **visent à offrir une large gamme de services 24 heures sur 24, sept jours sur sept;**
- **veillent à faire en sorte que les services soient dispensés par les professionnels de la santé compétents qui conviennent le mieux;**
- **utilisent à leur pleine mesure les capacités et les compétences d'un éventail de professionnels de la santé;**
- **adoptent d'autres modes de rémunération que les honoraires à l'acte, par exemple la capitation, soit exclusivement, soit dans le cadre d'une formule de financement mixte;**
- **cherchent à intégrer des stratégies de promotion de la santé et de prévention de la maladie dans leur travail quotidien;**

---

[142] *Ibid.*, p. 39.
[143] *Ibid.*, p. 40.

- **assument progressivement une plus grande part de responsabilité à l'égard des besoins en santé et en bien-être de la population desservie.**

Un appui financier permanent à l'égard des initiatives de réforme qui entraînent la création d'équipes de soins de santé primaires pluridisciplinaires constituerait un prolongement de l'engagement dont le gouvernement fédéral a fait preuve à l'égard de la réforme des soins primaires en allouant 150 millions de dollars au Fonds pour l'adaptation des services de santé, dont 60 millions de dollars ont servi à financer des projets reliés à la réforme des soins primaires. Le gouvernement fédéral a également affecté 560 des 800 millions de dollars consentis au titre du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP), créé en 2002 à l'issue de la Conférence des premiers ministres, pour aider les provinces et les territoires à élargir la portée des mesures envisagées dans le secteur des soins primaires et en accélérer la mise en oeuvre. Cette somme est allouée au prorata de la population. Pour y avoir accès, chaque gouvernement provincial et territorial doit élaborer une proposition sur la façon dont leur part du FASSP servira à absorber les frais de transition occasionnés par la réforme des soins de santé primaires.

Le FASSP n'est toutefois pas un programme permanent. Le Comité reconnaît que les coûts de démarrage pour les groupes de soins primaires peuvent être considérables. Si l'on se fie aux coûts réels de mise en œuvre de la réforme des soins primaires au Québec, ceux-ci pourraient atteindre jusqu'à 750 000 $ par groupe, mais on avait évalué au départ qu'ils pourraient aussi atteindre un million de dollars par groupe.

Le Comité recommande donc :

Que le gouvernement fédéral puise 50 millions de dollars par année dans les nouvelles recettes que le Comité lui a recommandé de générer, pour aider les provinces à mettre sur pied des groupes de soins primaires.

Cet argent, qui s'ajoutera aux sommes provenant du FASSP, devrait permettre la création de 50 à 65 groupes de soins primaires par année.

Le Comité est persuadé que, pour pouvoir fonctionner efficacement, les groupes de soins primaires doivent jouer le rôle de portiers pour le reste du système de soins de santé. Il faut, par exemple, trouver des moyens pour inciter les patients inscrits auprès d'un GSP à consulter le médecin de leur groupe plutôt que de faire eux-mêmes des démarches pour obtenir les soins de spécialistes. Ce devrait donc être au fournisseur de soins primaires de faire les renvois à des spécialistes, en consultation avec le patient.

Le Comité est persuadé que, pour pouvoir fonctionner efficacement, les groupes de soins primaires doivent jouer le rôle de portiers pour le reste du système de soins de santé.

Néanmoins, le Comité ne croit pas qu'il y a lieu d'interdire aux patients de consulter d'autres médecins, particulièrement des spécialistes, s'ils le désirent. Il croit par contre que les patients qui choisissent de solliciter ailleurs des soins qui pourraient être

fournis adéquatement par le GSP auprès duquel ils sont inscrits devraient assumer les conséquences financières de leur décision. En d'autres termes, les patients devraient être assujettis à des frais, lorsqu'ils consultent d'autres médecins, notamment des spécialistes, de leur propre initiative.

Dans le volume cinq, le Comité recommande aussi l'établissement d'un cadre permanent pour l'étude des questions touchant les ressources humaines, en particulier grâce à la création d'un organisme national permanent de coordination des ressources humaines en santé composé de représentants des principaux intervenants et des différents ordres de gouvernement. Le mandat de cet organisme consisterait à coordonner des projets visant à assurer un nombre suffisant de diplômés pour réaliser l'objectif d'autonomie du Canada en matière de ressources humaines en santé[144].

Au sujet de la création de dossiers de santé électroniques, le Comité recommande dans le volume cinq de prolonger le mandat actuel d'Inforoute Santé du Canada, au-delà des 3 à 5 ans initialement prévus, pour qu'elle mette au point, de concert avec les provinces et territoires, un système national de DSE. Plusieurs témoins ont fait valoir que la création de dossiers de santé électroniques est non seulement essentielle à la réforme des soins de santé primaires, mais que c'est un domaine dans lequel le gouvernement fédéral peut exercer un leadership.

D'après Jack Davis, président-directeur général de la Calgary Health Region, « le seul domaine où je vois un réel potentiel d'investissement fédéral est la création du dossier médical électronique »[145]. Le Dr Kenneth Sky, ex-président de l'Ontario Medical Association, a mentionné que « pour les médecins, l'élément de la réforme des soins primaires qui est lié à l'utilisation de la technologie de l'information constitue un gros incitatif »[146]. Michael Decter estime pour sa part que les dossiers de santé électroniques sont si importants qu'« on devrait soudoyer les médecins. Je leur offrirais de l'argent pour qu'ils informatisent leur système »[147].

Le Comité admet que le gouvernement fédéral devrait assumer un rôle de premier plan pour accélérer d'un système national de dossiers de santé électroniques et présente des recommandations précises en ce sens au chapitre dix.

---

[144] Voir également le chapitre onze du présent volume.
[145] 53:88.
[146] 56:22.
[147] 52:14.

Annexe 4.1 :
Régime d'envellopes budgétaires pour les omnipraticiens en Grande-Bretagne

Lors des discussions sur la réforme des soins primaires, il est souvent question de l'expérience britannique avec la création de marchés internes durant les années 90. Avant 1990, il était exact de décrire le service national de santé britannique (le British National Health Service, habituellement appelé le NHS) comme une entité dirigée par une bureaucratie monolithique qui contrôlait tous les aspects du système. À l'époque, les services de soins de santé communautaires et les hôpitaux du NHS appartenaient à l'État et étaient exploités par les régies régionales de la santé du NHE. On déterminait le budget de chaque hôpital suivant un processus administratif qui supposait des négociations entre la direction hospitalière et celle du NHS. La prestation des soins par les omnipraticiens était assujettie à un système d'établissement de listes (« rostering ») qui obligeait les patients à s'inscrire auprès d'un omnipraticien en particulier, qui tenait lieu par la suite de portier (« gatekeeper ») pour le reste du système. Les omnipraticiens travaillaient à contrat pour le NHS et étaient rémunérés selon un système mixte de salaire et de capitation établie selon le nombre de patients inscrits sur leur liste.

Avec la réforme des soins primaires et la création de marchés internes, certains cabinets de médecine générale ont pu choisir volontairement d'adhérer au régime des enveloppes budgétaires (autrement dit, de devenir des « fundholders »). Les cabinets de médecine familiale qui desservaient un nombre suffisant de patients sont devenus des acheteurs et ont alors été autorisés à passer des contrats avec des hôpitaux et avec d'autres fournisseurs communautaires (des infirmières de district, par exemple) pour obtenir certains services. Les enveloppes budgétaires ne devaient servir qu'à l'achat de services hospitaliers et communautaires; elles ne pouvaient être utilisées pour arrondir les revenus des omnipraticiens concernés. Le NHS a toujours rémunéré les omnipraticiens participant au régime comme des professionnels indépendants travaillant à leur compte. Les diverses réformes adoptées durant les années 90, comme la mise en place du régime d'enveloppes budgétaires (« fundholding ») et, plus récemment, la création de groupes de soins primaires, n'ont pas fondamentalement modifié la façon dont les omnipraticiens britanniques gagnent leur argent.

Au début des années 90, on s'attendait à ce que le régime d'enveloppes budgétaires ne représente qu'une infime partie du processus général de réforme mais contre toute attente, il a rapidement gagné en popularité pour diverses raisons. Il est vite devenu évident que les participants au régime pouvaient offrir de meilleurs services à leurs patients. Ceci a créé un effet d'entraînement, peu de médecins voulant être laissés pour compte. Le gouvernement conservateur a renforcé cette tendance en offrant d'autres avantages (comme des ordinateurs) uniquement aux cabinets participant au régime. En plus, le fait de fonctionner selon le régime des enveloppes budgétaires conférait aux omnipraticiens concernés un rôle central et une plus grande autorité dans l'ensemble du système. Les consultants (des spécialistes) ont été obligés de faire preuve d'une plus grande souplesse et de rendre davantage de comptes aux omnipraticiens, puisque ceux-ci pouvaient décider de renvoyer leurs patients à d'autres professionnels dans le cadre de leur pratique.

Élu pour la première fois en 1997, le gouvernement travailliste dirigé par Tony Blair était critique à l'égard d'un certain nombre d'aspects de la réforme axée sur les marchés internes. Il estimait, en particulier, que le régime d'enveloppes budgétaires avait favorisé l'apparition en Grande-Bretagne d'une forme de système à deux vitesses (« two-tierism »), parce que les patients des omnipraticiens participant au régime pouvaient souvent se faire soigner plus rapidement que ceux des autres omnipraticiens. Comme ils estimaient que cela allait à l'encontre des principes fondamentaux du NHS, les travaillistes ont cherché à restreindre les formes de concurrence qui, selon eux, étaient la cause des inégalités en train de se créer.

En avril 1999, le gouvernement a obligé tous les omnipraticiens à joindre les rangs d'un groupe de soins primaires (GSP), c'est-à-dire un regroupement de cabinets de médecine générale à l'intérieur de régions géographiques bien plus grandes que celles délimitées en vertu du régime des enveloppes budgétaires, pouvant englober de 50 000 à 250 000 personnes. Les GSP ont réuni des fournisseurs de soins primaires locaux sous l'autorité d'un conseil principalement dirigé par des omnipraticiens, mais comptant également des infirmières et d'autres fournisseurs de soins communautaires locaux. On s'attendait à ce que les GSP évoluent petit à petit et deviennent des « fiducies » (« trusts ») de soins primaires capables d'assumer l'entière responsabilité de la mise en service (par l'octroi de contrats) et de la prestation de services de santé communautaires à leur population . Dès avril 2002, presque tous les GSP étaient devenus des fiducies.

En principe, cette évolution conférait dorénavant à tous les omnipraticiens les avantages offerts par le régime des enveloppes budgétaires, c'est-à-dire un seul budget régional englobant tous les services de médecine générale, les médicaments de prescription et les soins hospitaliers et spécialisés. Une évaluation récemment effectuée par le King's Fund donne toutefois à penser qu'il y aura encore certaines étapes à franchir avant que les fiducies de soins primaires puissent réaliser leur indéniable potentiel. Les auteurs de cette étude ont conclu que les fiducies de soins primaires se développent actuellement à des rythmes différents et que même si elles ont fait des progrès au chapitre de l'établissement et de l'intégration des soins primaires et communautaires, leur portée demeure jusqu'ici limitée pour ce qui est de la mise en service et de l'amélioration de la santé[148].

Il y a lieu de souligner que les omnipraticiens ont conservé le monopole de la prestation des soins primaires jusqu'à la mise en œuvre des réformes du marché dans les années 90 grâce à leur rôle de portiers pour tous les autres volets du système. Un certain nombre de réformes apportées par le gouvernement travailliste a permis aux cabinets dirigés par des infirmières d'assumer un rôle croissant à cet égard. On a notamment créé une ligne téléphonique de consultation dont des infirmières assurent la surveillance 24 heures sur 24 (NHS Direct) et ouvert un certain nombre de cliniques sans rendez-vous où des infirmières font une première évaluation et peuvent ensuite diriger les patients au besoin vers des omnipraticiens locaux.

Il est très difficile, en raison d'un certain nombre de facteurs, de tirer des conclusions définitives de l'expérience britannique, qui puissent facilement s'appliquer au contexte canadien. On n'a pas toujours disposé de données suffisantes et la rapidité des

---

[148] John Appleby et Anna Coote, *Five Year Health Check*, King's Fund, avril 2002, p. 47.

changements n'a pas facilité la réalisation d'une étude approfondie. En plus, compte tenu de la structure très différente des deux systèmes, il est difficile d'appliquer les leçons tirées du système britannique au système canadien de soins de santé. Un certain nombre de points sont toutefois dignes de mention :

- Premièrement, malgré son opposition à la forme prise par les marchés internes sous le gouvernement conservateur sortant, le gouvernement travailliste a néanmoins conservé des éléments clés du principe de la séparation « payeur-fournisseur » adopté par les conservateurs.
- Deuxièmement, la transition opérée par le gouvernement Blair pour passer du régime des enveloppes budgétaires aux GSP et aux FSP semble mettre davantage en évidence les succès du régime plutôt que ses lacunes. On s'est mis à craindre l'instauration d'un système à deux vitesses parce que les omnipraticiens participant au régime ont réussi à négocier avec les fiducies hospitalières au nom de leurs patients.
- Troisièmement, le fait d'octroyer un plus grand rôle aux infirmières et à d'autres fournisseurs de soins dans la prestation des soins primaires n'est pas sans rappeler les recommandations en ce sens qui reviennent constamment sur le tapis dans le débat en cours au Canada à propos de la réforme des soins primaires.

TABLEAU 4.1
EXAMEN DE RAPPORTS PROVINCIAUX RÉCENTS COMPORTANT DES RECOMMANDATIONS DE RÉFORME DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Rapport	Étendue des services	Composition des équipes	Rémunération	Taille d'un cabinet	DSE*	Inscription	Relations externes
Sinclair (Ont.) Déc. 1999	Des soins primaires complets seraient fournis 24 heures sur 24, sept jours sur sept grâce à l'ouverture des cabinets après les heures ouvrables (ou à la prolongation de leurs heures d'ouverture) et à un triage téléphonique qui serait aussi effectué 24 heures sur 24 jour.	Des médecins et des infirmières praticiennes jouant le rôle de « fournisseurs principaux », à l'intérieur d'une équipe interdisciplinaire qui inclurait des infirmières agréées, des sages-femmes, des psychologues et des travailleurs sociaux, des pharmaciens, des physiothérapeutes et des diététistes. Chacun des fournisseurs de soins de santé exercerait la gamme complète des compétences liées à son champ de pratique.	Il s'agirait d'un financement de groupe plutôt que d'un financement individuel, principalement au moyen d'une formule de capitation à laquelle s'ajouteraient d'autres méthodes; le groupe déterminerait les montants qui seraient remboursés aux fournisseurs de services qui en seraient membres. Il ne s'agirait pas simplement d'un partage des bureaux.	Trois modèles distincts : régions urbaines - 6 médecins et 2 infirmières praticiennes pour environ 1 680 patients; Régions rurales – 2 médecins et 2 infirmières praticiennes pour 1 293 patients; Régions éloignées – 1 médecin et 3 infirmières praticiennes/infirmiers praticiens pour 1 142 patients.	Oui	Oui	Chaque cabinet serait chargé d'élaborer des ententes avec d'autres organismes et fournisseurs de soins de santé (des hôpitaux, des spécialistes, des services de santé publics, des centres de réadaptation, des établissements de soins de longue durée, des services de soins à domicile et des services de soins communautaires).
Clair (Qué.) Janv. 2001	Des cabinets de groupe assureraient les services 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Les services incluraient la promotion de la santé et la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies, les renvois vers des hôpitaux et des spécialistes, la coordination du continuum des soins et les renvois vers des organismes de services sociaux.	Les cabinets ne comprendraient que des médecins et des infirmières praticiennes, mais ceux-ci travailleraient en collaboration avec le réseau actuel de CLSC (des travailleurs sociaux, des diététistes, des psychologues, des physiothérapeutes, etc.).	Un système mixte de rémunération incluant des éléments de capitation, une somme forfaitaire pour la participation à certains programmes et des honoraires à l'acte à des fins de prévention ou pour stimuler la productivité.	6 à 10 médecins travaillant à l'intérieur d'une polyclinique ou d'un CLSC, bénéficiant de la collaboration de deux à trois infirmières praticiennes et responsables de 1 000 à 1 800 personnes.	Oui	Oui	Contrat avec la régie régionale de la santé et entre le cabinet de soins primaires de groupe et le CLSC. Les régies régionales de la santé seraient chargées de coordonner le réseau de cabinets de soins primaires de groupe avec d'autres fournisseurs de services.

Rapport	Étendue des services	Composition des équipes	Rémunération	Taille d'un cabinet	DSE*	Inscription	Relations externes
Fyke (Sask.) Avril 2001	Des cabinets de groupe offriraient les services 24 heures sur 24. En dehors des heures ouvrables, les appels téléphoniques seraient transmis à un membre du groupe qui se trouverait à proximité; un service d'appoint serait assuré en permanence grâce à un centre d'appel provincial. Il n'y aurait pas de liste explicite des services.	Les cabinets de soins primaires de groupe comprendraient divers fournisseurs, notamment des médecins, des infirmières praticiennes, des sages-femmes, des physiothérapeutes, des diététistes, des préposés aux soins à domicile et des professionnels dans les domaines de la santé mentale, de la réadaptation, de la lutte contre la toxicomanie et de la santé publique.			Oui		Les régies régionales de la santé organiseraient et géreraient les cabinets de soins primaires de groupe, en recrutant tous les fournisseurs de services, notamment les médecins, par contrat ou autrement.
Mazankowski (Alb.) Déc. 2001	L'auteur de ce rapport approuve de façon très générale l'idée d'une réforme des soins de santé primaires. Des équipes pluridisciplinaires assureraient la prestation de soins complets.	Les équipes pourraient comprendre un médecin de famille, une infirmière ou une infirmière praticienne, des travailleurs en santé mentale, des travailleurs sociaux et d'autres intervenants.	L'auteur estime que les honoraires à l'acte font obstacle au changement. Il est d'avis qu'un modèle mixte de financement serait la meilleure solution et trouve que le Réseau santé-famille de l'Ontario constitue un excellent exemple à cet égard.		Oui		Les médecins devraient avoir la possibilité de conclure des contrats avec les régies régionales de la santé pour une partie de leurs revenus.
T.-N. Déc. 2001	Un réseau d'équipes de soins primaires assurant un « continuum de soins » (incluant des soins préventifs, des soins axés sur la promotion de la santé, des soins curatifs, des soins de soutien et de réadaptation).	Les médecins de soins primaires collaboreraient avec d'autres fournisseurs de soins de santé et d'autres médecins. À l'intérieur de chacune des équipes, chaque fournisseur de soins de santé exercerait ses compétences à leur plus haut niveau.	L'auteur ne recommande pas de méthode précise de financement (un modèle universel), mais semble être favorable à une forme quelconque de financement souple et mixte. Il ne fait pas mention de la capitation.		Oui		Les conseils régionaux dresseraient à l'intention des médecins un aperçu des services médicaux nécessaires pour leur région. Des groupes de médecins concluraient des ententes officielles avec les conseils pour assurer la prestation de l'ensemble des services énumérés dans lesdites ententes.

Rapport	Étendue des services	Composition des équipes	Rémunération	Taille d'un cabinet	DSE*	Inscription	Relations externes
N.-B. Janv. 2002	Accès à une gamme complète de services ambulatoires 24 heures sur 24, sept jours sur sept, qui seraient coordonnés à partir d'un seul endroit, de préférence, un centre de santé communautaire. Là où les centres ne sont pas ouverts 24 heures sur 24, les appels téléphoniques seraient redirigés vers un centre de service fonctionnant en permanence.	Un modèle axé sur la collaboration et une approche d'équipe vis-à-vis de la prestation des soins primaires. Les médecins de famille ne verraient pas chaque patient et d'autres membres de l'équipe pourraient fournir des services de consultation et/ou se charger du traitement. L'objectif consisterait à faire pleinement appel à tous les fournisseurs de soins en fonction de leurs connaissances, compétences et aptitudes respectives.		Dans la mesure du possible, tous les services de soins primaires seraient assurés ou coordonnés par un réseau de centres de santé communautaires. Ces centres seraient considérés comme le « noyau » physique des soins primaires offerts dans la communauté.	Oui		D'autres fournisseurs de soins pourraient être consultés par l'intermédiaire de télésanté et/ou, sur place, au centre de santé communautaire lui-même.

*Dossier de santé électronique

Source : Bibliothèque du Parlement

Partie III : La garantie de soins de santé

CHAPITRE CINQ

DES SOINS DE SANTE EN TEMPS OPPORTUN

La plus grande partie du volume six est consacrée à des aspects particuliers de la prestation des soins de santé. La restructuration des hôpitaux, le financement des soins, la réforme des soins de santé primaires et l'élargissement du système public d'assurance-médicaments, de même que certains types de soins de santé à domicile et de soins palliatifs sont autant d'éléments cruciaux d'un régime de soins de santé viable. Toutefois, le présent chapitre abordera une question qui, si elle est moins débattue, reste pourtant très importante : le droit de recevoir des soins de santé et l'incidence de la *Charte canadienne des droits et libertés* (la Charte) sur la prestation *en temps opportun* des soins de santé nécessaires sur le plan médical.

L'accès *en temps opportun* à des soins médicaux ne signifie pas nécessairement un accès immédiat, pas plus que la question de la rapidité d'accès ne s'applique qu'aux affections graves. Cela veut plutôt dire que le service est offert en conformité avec les lignes directrices des pratiques cliniques garantissant que le délai d'attente n'entraîne pas d'effet nocif sur l'état de santé du patient.

Le Comité estime important de souligner que l'accès en temps opportun ne signifie pas nécessairement un accès immédiat, pas plus que la question de la rapidité d'accès ne s'applique qu'aux affections graves. Cela veut plutôt dire que le service est offert en conformité avec les lignes directrices des pratiques cliniques garantissant que le délai d'attente n'entraîne pas d'effet nocif sur l'état de santé du patient.

La question de l'accès en temps opportun aux soins de santé revêt une importance particulière à l'heure actuelle, pour les raisons suivantes. En premier lieu, de multiples sondages d'opinion ont révélé que, de plus en plus, la principale inquiétude des Canadiens vis-à-vis du système public de soins de santé concerne les délais d'attente pour l'obtention d'un diagnostic, de soins hospitaliers et des services d'un spécialiste. Ces sondages mettent tous en lumière l'absence fréquente d'un accès rapide aux soins de santé, tel que le définissent les patients.

Ensuite, l'impossibilité d'obtenir en temps opportun des soins nécessaires peut nuire de façon significative à l'état de santé et au bien-être du patient. Par conséquent, les pressions vont probablement s'intensifier sur les gouvernements, les hôpitaux et les médecins pour qu'ils s'assurent que les soins de santé médicalement nécessaires sont fournis en temps opportun dans le cadre du système public Il est aussi fort probable qu'à défaut d'améliorations importantes, les Canadiens vont insister auprès du gouvernement pour qu'il prenne les mesures législatives qui leur permettront de recevoir rapidement des soins dans un système privé parallèle de services hospitaliers et de services fournis par les médecins.

Enfin, si ces pressions s'avèrent inefficaces, pour les raisons précisées plus loin, le Comité croit que les tribunaux vont probablement déclarer inconstitutionnelles les lois actuelles qui empêchent effectivement les Canadiens d'acheter au secteur privé, au Canada, des services couverts par l'assurance-santé.

Par conséquent, il est essentiel de trouver une solution au problème de la rapidité d'accès aux soins afin de préserver, au Canada, le modèle de l'assureur unique du système public de soins hospitaliers et de soins dispensés par les médecins, que les Canadiens – et le Comité – appuient si fortement.

Les soins de santé constituent-ils un droit pour les Canadiens? Peut-on empêcher les Canadiens de prendre des mesures pour obtenir rapidement des soins que le système public ne parvient pas à leur assurer dans les délais voulus? Ces questions sont abordées dans le présent chapitre.

5.1 Le droit aux soins de santé – Perception du public ou droit reconnu par la loi?

Le Comité a signalé que des sondages d'opinion publique révèlent que les Canadiens estiment jouir du droit constitutionnel de recevoir des soins de santé, bien que la Charte n'en fasse pas mention de façon explicite.

D'abord, il importe d'établir une distinction entre un droit aux soins de santé reconnu par la loi et l'opinion du public quant à l'existence de ce droit. Dans le volume quatre, le Comité signale que des sondages d'opinion publique révèlent que les Canadiens, confortés dans cette opinion par les politiciens et les médias, estiment jouir du droit constitutionnel de recevoir des soins de santé, bien que la Charte n'en fasse pas mention de façon explicite[149]. En fait, aucune loi canadienne ne confère explicitement ce droit, bien que les gouvernements aient mis en place des programmes établissant un régime de soins de santé financé par l'État[150].

Le préambule de la *Loi canadienne sur la santé*[151] (la Loi) indique ce qui suit :

> *[…] l'accès continu à des soins de santé de qualité, sans obstacle financier ou autre, sera déterminant pour la conservation et l'amélioration de la santé et du bien-être des Canadiens.*

De même, l'article 3 de la Loi énonce l'objectif premier de la politique canadienne de la santé, soit :

> *de protéger, de favoriser et d'améliorer le bien-être physique et mental des habitants du Canada et de faciliter un accès satisfaisant aux services de santé, sans obstacles d'ordre financier ou autre.*

Ces énoncés de la *Loi canadienne sur la santé*, aussi favorables soient-ils, n'établissent pas le droit aux soins de santé.

---

[149] Volume quatre, p. 38.
[150] Colleen Flood et Tracy Epps, *Can a Patients' Bill of Rights Address Concerns About Waiting Lists?* document de travail provisoire, Groupe du droit de la santé, faculté de droit, Université de Toronto, 9 octobre 2001, p. 7.
[151] L.R. (1985), ch. 6.

De même, des instruments internationaux comme la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948, dont le Canada est signataire, font état du droit à un niveau de vie assurant la santé et le bien-être, y compris les soins de santé et le droit à la sécurité en cas de maladie ou d'invalidité, mais ils ne constituent pas le fondement d'un droit constitutionnel, ni même juridique, aux soins de santé[152].

Il est clair que le public est convaincu de jouir d'un droit juridique aux soins de santé qui, dans les faits, n'existe pas.

Malgré l'absence d'un droit juridique aux soins de santé, les effets de la *Charte canadienne des droits et libertés* dans le contexte des soins de santé font l'objet d'une documentation et d'une jurisprudence toujours plus considérables. Il est particulièrement intéressant d'examiner l'incidence de l'article 7 de la Charte sur la prestation en temps opportun de soins de santé au Canada.

5.2 Disponibilité des services couverts par le régime public à l'extérieur du système public de soins de santé

Dans le volume quatre, le Comité examine l'incidence de la *Loi canadienne sur la santé* sur la prestation de soins de santé privés. Nous avons souligné le fait que la Loi n'interdit pas la prestation de services de santé privés. Elle fixe plutôt les conditions dans lesquelles les provinces et les territoires recevront ou non la contribution totale du gouvernement fédéral pour le paiement des services hospitaliers ou fournis par les médecins jugés médicalement nécessaires que reçoivent leurs résidents[153].

Pour recevoir la pleine contribution du gouvernement fédéral, les régimes publics d'assurance-santé des provinces et des territoires doivent respecter cinq conditions essentielles : gestion publique, intégralité, universalité, transférabilité et accessibilité. La *Loi canadienne sur la santé* incite fortement les provinces et les territoires à décourager les médecins et les hôpitaux d'imposer aux patients des frais additionnels ou des frais d'utilisation pour la prestation de services nécessaires sur le plan médical. La contribution pécuniaire versée par le gouvernement fédéral dans le cadre du TCSPS peut être réduite du montant correspondant à la surcharge ou aux frais d'utilisation.

La *Loi canadienne sur la santé* n'interdit pas aux fournisseurs de soins de santé d'offrir des soins couverts par les régimes d'assurance-santé provinciaux et de facturer le secteur privé plutôt que le régime d'assurance provincial. De plus, elle ne limite aucunement la prestation, par des établissements privés (à but lucratif ou non lucratif), de services couverts par le régime public d'assurance-santé. D'ailleurs, à l'heure actuelle, des établissements privés offrent ce type de services dans toutes les provinces. Cependant, la Loi impose des sanctions pécuniaires considérables aux provinces qui permettent le paiement, à titre privé, de services couverts par le régime public d'assurance-santé, surtout si cela suppose l'imposition d'une surcharge ou de frais d'utilisation.

---

[152] Association du Barreau canadien, Groupe de travail sur les soins de santé, *What's Law Got To Do With It? Health Care Reform in Canada*, (Ottawa, Association du Barreau canadien, août 1994) p. 24.
[153] Volume quatre p. 41-42.

De concert avec la *Loi canadienne sur la santé*, les lois provinciales et territoriales tentent de décourager et de prévenir la prestation, à l'extérieur du régime public d'assurance-santé, de services jugés médicalement nécessaires. Les médecins peuvent choisir de fournir leurs services en marge du régime public et de facturer les services directement au patient, mais divers règlements provinciaux découragent cette pratique. Bon nombre de provinces interdisent aux médecins qui ont choisi de se retirer du régime d'assurance-santé d'imposer aux patients un tarif supérieur à celui que prévoit le régime. Certaines provinces refusent de rembourser les patients qui reçoivent des services de santé assurés de médecins qui se sont retirés du régime d'assurance-santé. De plus, la majorité des provinces interdisent l'achat de régimes privés d'assurance-santé en vue de services couverts par le système provincial, bien que toutes les provinces permettent à leurs résidents d'acheter une assurance privée pour les services médicaux et hospitaliers ou fournis par les médecins exclus des services jugés nécessaires sur le plan médical[154].

Comme l'indique le Comité dans le volume quatre de son étude:

> *La Loi canadienne sur la santé, tout comme les lois provinciales et territoriales, a empêché l'émergence d'un système privé de soins de santé qui ferait directement concurrence au système public. Il n'est tout simplement pas possible, sur le plan économique, pour les patients, les médecins ou les établissements de soins de santé de participer à un système parallèle*[155].

Le Comité déplore le fait que les Canadiens n'ont guère de possibilités, s'il en est, de pallier au Canada l'incapacité du système public de soins de santé de leur offrir les soins requis en temps voulu. Ceux qui en ont les moyens peuvent obtenir des soins aux États-Unis, mais la plupart des patients se contentent d'attendre, parfois en vain, que le régime public puisse les accueillir.

En définitive, les Canadiens n'ont guère de possibilités, s'il en est, de pallier au Canada l'incapacité du système public de soins de santé de leur offrir les soins requis en temps voulu. Ceux qui en ont les moyens peuvent obtenir des soins aux États-Unis, mais la plupart des patients se contentent d'attendre, parfois en vain, que le régime public puisse les accueillir.

5.8 Prestation de soins de santé en temps opportun et article 7 de la *Charte canadienne des droits et libertés*

La réalité des longues listes d'attente pour l'obtention de certains traitements jugés nécessaires sur le plan médical – donc, l'impossibilité de recevoir des soins en temps opportun – soulève diverses questions, et les droits des patients en attente de soins n'est certainement pas la moindre. À cet égard, le Comité pose les questions suivantes, dans le volume quatre :

> *Si un droit aux soins de santé est reconnu en vertu de l'article 7 de la Charte et si l'accès à des services de santé financés par les fonds publics n'est pas obtenu en temps opportun, est-ce que les gouvernements peuvent continuer à décourager la prestation de services de santé privés en interdisant les assurances privées?*

---

[154] Colleen M. Flood, Tom Archibald, « The illegality of private health care in Canada », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 20 mars 2001, 164 (6), p. 825-830.
[155] Volume quatre, p. 42.

Est-il juste et raisonnable dans une société libre et démocratique que le gouvernement rationne l'offre de services de santé financés par l'État (au moyen d'affectations budgétaires aux soins de santé) et que, simultanément, il empêche les particuliers d'obtenir ces services au Canada, même à leurs propres frais[156]*?*

Ces questions ont fait l'objet de vives discussions qui, de l'avis du Comité, ont des conséquences importantes pour le système canadien de soins de santé, sous sa forme actuelle. En fait, le Comité a soulevé ces questions à la fois pour stimuler la discussion et pour indiquer aux gouvernements qu'il sera de plus en plus difficile, sinon impossible, de maintenir des politiques et des lois qui limitent ou découragent l'accès aux soins de santé privés si le régime public ne fournit pas les soins médicalement nécessaires en temps opportun.

Par conséquent, le Comité estime que l'incapacité du système public de soins de santé à fournir les soins en temps opportun, démontrée par les longues listes d'attente pour l'obtention des services, ouvre vraisemblablement la porte à une contestation judiciaire en vertu de la Charte; cette contestation pourrait réussir à abroger les lois qui empêchent ou dissuadent les Canadiens de payer personnellement pour obtenir, au Canada, des services jugés nécessaires sur le plan médical, même quand ces derniers sont couverts par le régime public d'assurance-santé.

Le Comité estime que l'incapacité du système public de soins de santé à fournir les soins, démontrée par les longues listes d'attente pour l'obtention des services, ouvre vraisemblablement la porte à une contestation judiciaire en vertu de la Charte; cette contestation pourrait réussir à abroger les lois qui empêchent ou dissuadent les Canadiens de payer personnellement pour obtenir, au Canada, des services jugés nécessaires sur le plan médical, même quand ces derniers sont couverts par le régime public d'assurance-santé.

La *Charte canadienne des droits et libertés* garantit certains droits et libertés fondamentaux. L'article 7 énonce ce qui suit :

Chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne; il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale.

Bien que la Charte ne mentionne pas explicitement les soins de santé, certains commentateurs estiment que l'article 7 a une signification particulière à ce chapitre. Ce n'est pas que l'article 7 garantisse la prestation de soins de santé dans le cadre d'un régime public; mais il assure le droit à la liberté et à la sécurité de la personne, droit qui, selon certains, pourrait subir un préjudice si le système public de soins de santé ne peut offrir des soins adéquats en temps opportun.

Ce droit permettrait l'interprétation suivante : si les citoyens ne peuvent pas obtenir des soins en temps opportun au sein du régime public, les gouvernements ne sauraient les empêcher de payer pour les obtenir ailleurs au Canada. Autrement dit, même si l'obtention de soins de santé ne constitue pas un droit, il reste que les citoyens ont le droit de ne pas être

[156] *Ibid.*

empêchés par le gouvernement d'obtenir des soins ailleurs au Canada, si le service ne peut être fourni en temps opportun dans le cadre du régime public.

En 1994, le Groupe de travail sur les soins de santé de l'Association du Barreau canadien a jugé que la Charte ne garantit pas le droit aux soins de santé. Il en est venu à cette conclusion en faisant sienne l'idée voulant que la Charte est souvent interprétée comme un instrument négatif plutôt que positif, qui n'oblige généralement pas les gouvernements à adopter un comportement en particulier, mais qui protège plutôt les Canadiens contre les actions gouvernementales coercitives[157].

Ainsi, dans le contexte des soins de santé, la Charte n'exige peut-être pas des gouvernements qu'ils veillent à ce que le système public offre un certain niveau de soins, mais elle pourrait être invoquée pour les empêcher d'imposer des mesures coercitives refusant aux citoyens la liberté d'obtenir, à leurs frais, des soins de santé au Canada, lorsque le régime public ne peut leur offrir ces soins en temps opportun.

D'ailleurs, d'après le Groupe de travail, des particuliers pourraient faire valoir en cour que l'article 7 comprend un droit de recourir à des services de santé privés lorsque le gouvernement ne peut pas ou ne veut pas assurer la prestation de services adéquats (ce qui, de toute évidence, pourrait comprendre l'incapacité d'un gouvernement à offrir le service en temps opportun)[158].

Des juristes ont expliqué au Comité que l'article 7 a des implications en matière de soins de santé et que ce n'est qu'une question de temps avant que ses paramètres ne soient examinés plus en détail par les tribunaux. Des jugements récents laissent entrevoir que la Charte prendra sans doute plus de place dans le domaine des soins de santé. Certaines causes fondées sur l'article 15 de la Charte, soit le droit à l'égalité, ont été gagnées[159]. Cependant, les tribunaux n'ont pas encore été saisis de toutes les implications de l'article 7 pour ce qui est de la prestation des soins de santé en temps opportun.

Dans un commentaire rédigé récemment par l'Institut C.D. Howe, intitulé *The Charter and Health Care: Guaranteeing Timely Access to Health Care for Canadians*[160], Stanley Hartt et Patrick Monahan tentent de déterminer si les gouvernements peuvent empêcher ou dissuader les Canadiens de payer eux-mêmes des services de santé jugés médicalement nécessaires lorsqu'il est impossible d'obtenir ces services dans le système public.

Dans leur analyse fondée sur l'article 7[161] de la Charte, Hartt et Monahan concluent que, dans le cas où le système public ne fournit pas, en temps opportun, des soins de

---

[157] *What's Law Got To Do With It? Health Care Reform in Canada*, (1994), p. 26.
[158] *Ibid.*, p. 94.
[159] Dans *Eldridge c. Colombie-Britannique (Procureur général)* [1997] 3 RCS 624, la Cour suprême du Canada a établi que le défaut du gouvernement provincial de payer les services d'interprètes gestuels dans les hôpitaux dans le cadre de son régime public d'assurance-santé était discriminatoire à l'égard des patients sourds en vertu de leur incapacité physique et violait leur droit à l'égalité établi à l'article 15 de la Charte.
[160] Stanley H. Hartt, c.r.,et Patrick J. Monahan, *The Charter and Health Care: Guaranteeing Timely Access to Health Care for Canadians*, Institut C.D. Howe, commentaire n° 164, mai 2002.
[161] Selon Hartt et Monahan (p. 9), une revendication présentée au regard de l'article 7 de la Charte comporte trois éléments :

santé jugés nécessaires sur le plan médical, les restrictions concernant le paiement des soins à titre personnel ou l'achat d'une assurance-santé privée violent le droit de la personne à la liberté et à la sécurité garanti par l'article 7 et vont à l'encontre des principes de justice fondamentale. Puisque ce commentaire est probablement l'étude la plus détaillée effectuée à ce jour sur l'application de l'article 7 dans le contexte des soins de santé, le Comité estime qu'il convient d'examiner plus avant l'argumentation des auteurs.

Hartt et Monahan soutiennent que les décisions individuelles en matière de soins de santé sont des décisions personnelles fondamentales concernant la santé, la vie et la mort; à ce titre, elles sont couvertes par la garantie de liberté établie à l'article 7. Par conséquent, les gouvernements qui empêchent les particuliers d'obtenir des soins à l'extérieur du régime public ont l'obligation concomitante de veiller à ce que des soins soient fournis en temps opportun dans le cadre de ce système.

Ainsi, lorsque le régime public ne peut pas ou ne veut pas offrir les soins en temps opportun, Hartt et Monahan affirment que les particuliers doivent être libres d'obtenir les soins nécessaires ailleurs. Par conséquent, dans ces circonstances, les restrictions quant à la capacité d'obtenir des soins en dehors du régime public, y compris celles qui concernent le droit d'acheter une assurance-santé privée, violent le droit de la personne de prendre des décisions personnelles qui concernent sa vie et sa santé, garanti à l'article 7[162].

Le droit à la sécurité de la personne garanti à l'article 7 comporte un aspect à la fois physique et psychologique qui, selon Hartt et Monahan, invoquent la décision prise en 1988 par la Cour suprême du Canada dans la cause *Morgentaler*, engloberait les préjudices physiques et psychologiques associés à l'attente excessive du patient pour obtenir des soins. Ils écrivent :

> *Lorsque les gouvernements adoptent des mesures qui retardent ou freinent l'accès aux services jugés nécessaires sur le plan médical ou lorsque ce délai augmente concrètement les risques médicaux ou entraîne d'autres préjudices en matière de santé, il y a manifestement violation de la sécurité de la personne*[163].

Toutefois, même en cas de restriction du droit à la liberté et à la sécurité, il n'y a pas de violation de l'article 7 à moins qu'il ne soit prouvé que la restriction va à l'encontre des « principes de justice fondamentale ». Bien que les tribunaux aient conclu que la justice fondamentale comporte un aspect de procédure et un aspect de fond, ce terme n'a pas été défini explicitement. Hartt et Monahan estiment qu'il est manifestement injuste, et donc contraire aux principes de justice fondamentale, d'établir un système dans lequel les services jugés médicalement nécessaires ne sont, à tous égards, accessibles que par le biais du système public de soins de santé, mais ne sont pas offerts en temps opportun[164].

---

1) L'action d'une législature ou d'un gouvernement prive une personne d'au moins un des droits « à la vie, à la liberté et à la sécurité ». 2) Cette dépossession doit être contraire aux principes de justice fondamentale. 3) La violation ne peut être justifiée en vertu de l'article 1 de la Charte, qui prescrit qu'un droit garanti ne peut être limité que dans des « limites raisonnables et dont la justification puisse se démontrer dans le cadre d'une société libre et démocratique ».

[162] *Ibid.*, p. 17.

[163] *Ibid.*, p. 15.

[164] *Ibid.*, p. 20-21.

Par conséquent, Hartt et Monahan soutiennent que, si les services de soins de santé ne sont pas offerts en temps opportun, les gouvernements provinciaux ne peuvent légalement interdire aux Canadiens d'obtenir ces services au Canada, pas plus que le gouvernement fédéral ne peut user des sanctions financières prévues dans la *Loi canadienne sur la santé* pour forcer les provinces à appliquer des restrictions qui sont inconstitutionnelles[165]. Autrement dit, les gouvernements ne peuvent se trouver dans l'incapacité d'assurer la prestation en temps opportun des services de santé jugés médicalement nécessaires, tout en interdisant aux Canadiens d'obtenir ces services en marge du système public de soins de santé. Cela suppose donc que les gouvernements ne peuvent empêcher les Canadiens de souscrire une assurance-santé privée pour couvrir le coût de ces services reçus à l'extérieur du système public de soins.

Hartt et Monahan soutiennent que, si les services de soins de santé ne sont pas offerts en temps opportun, les gouvernements provinciaux ne peuvent légalement interdire aux Canadiens d'obtenir ces services au Canada, pas plus que le gouvernement fédéral ne peut user des sanctions financières prévues dans la Loi canadienne sur la santé pour forcer les provinces à appliquer des restrictions qui sont inconstitutionnelles.

Il s'ensuit, si Hartt et Monahan voient juste, que la Charte interdit à un gouvernement de refuser à un particulier le droit d'obtenir des soins de santé privés lorsque le gouvernement n'offre pas ces services en temps opportun :

> *Les dispositions qui interdisent le paiement, à titre personnel, de services jugés nécessaires sur le plan médical sont tout à fait justifiables lorsque le système public est en mesure de fournir ces services en temps opportun [...]*[166]

> *Dans le cas où le système public de soins de santé n'offre pas les soins nécessaires en temps opportun, les gouvernements vont à l'encontre de la loi en interdisant aux Canadiens d'utiliser leurs propres ressources pour acheter ces services à titre personnel, dans leur pays. Dans ces circonstances, en appliquant des limites au paiement de soins de santé à titre personnel et aux régimes privés d'assurance-santé, les lois de différentes provinces imposent aux Canadiens un système qui, à tout le moins, compromet leur santé et pourrait mettre leur vie en danger*[167].

[165] *Ibid.*, p. 5.
[166] *Ibid.*, p. 3.
[167] *Ibid.*, p. 4.

Toutefois, l'analyse de Hartt et Monahan ne conclut pas que l'unique solution au problème est que le gouvernement assouplisse les restrictions quant à la capacité d'un particulier d'acquérir une assurance-santé privée. Les auteurs de l'étude estiment que le gouvernement a deux options : financer et structurer le système public de soins de santé de façon à ce qu'il puisse offrir, en temps opportun, les soins de santé jugés nécessaires sur le plan médical, ou permettre aux Canadiens de payer eux-mêmes ces soins s'ils ne peuvent les obtenir en temps opportun dans le cadre du système public[168].

Le gouvernement a deux options : financer et structurer le système public de soins de santé de façon à ce qu'il puisse offrir, en temps opportun, les soins de santé jugés nécessaires sur le plan médical, ou permettre aux Canadiens de payer eux-mêmes ces soins s'ils ne peuvent les obtenir en temps opportun dans le cadre du système public.

Le Comité trouve convaincante cette analyse de Hartt et Monahan. Cependant, il convient de noter que la Cour supérieure du Québec en est venue à une conclusion différente dans une cause [*Chaoulli* c. *Québec (Procureure générale)*[169]] dans laquelle on a invoqué l'article 7 de la Charte pour contester la décision du gouvernement du Québec d'interdire à un particulier de souscrire un régime privé d'assurance-santé dans le but de payer, à titre personnel, des soins de santé couverts par le régime provincial d'assurance-maladie. La cause *Chaoulli* portait sur le désir du plaignant de souscrire un régime privé d'assurance-santé pour des soins et des traitements futurs auxquels il *aurait pu* ne pas avoir accès en temps opportun. Autrement dit, la cause *Chaoulli* portait sur des événements futurs hypothétiques et non sur des événements qui s'étaient déjà produits; par conséquent, la cause *Chaoulli* ne concerne pas directement la question examinée dans l'étude de Hartt et Monahan.

La Cour supérieure du Québec a rejeté la requête *Chaoulli* et a conclu que, bien que l'interdiction de souscrire un régime privé d'assurance-santé puisse violer les droits de liberté et de sécurité de la personne en vertu de l'article 7 de la Charte, il était toutefois conforme aux principes de justice fondamentale évoqués à l'article 7 de refuser la possibilité de souscrire un régime privé d'assurance-santé au regard de services couverts par le régime public d'assurance-maladie du Québec[170].

Pour déterminer si les restrictions du gouvernement québécois respectaient les « principes de justice fondamentale » et, donc, ne violaient pas l'article 7, la Cour a pesé le pour et le contre entre le droit de souscrire un régime privé d'assurance-santé et l'objectif collectif d'assurer à tous les résidents du Québec l'égalité d'accès aux services jugés médicalement nécessaires. De l'avis de la Cour, le fait de souscrire un régime privé aurait pour effet de compromettre l'intégrité, le bon fonctionnement et la viabilité du système public de soins de santé[171]. En examinant ce jugement, il importe de se rappeler qu'il s'agit d'une décision d'un tribunal de première instance, qui n'a pas encore été commentée par une cour d'appel ni par la Cour suprême du Canada.

---

[168] *Ibid.*
[169] [2000] J. Q. No. 470 (QL) (C.S.Q., juge Piché).
[170] *Ibid.*, paragr. no. 243.
[171] *Ibid.*, paragr. no 261-263.

Il convient aussi de signaler que cette décision a été rendue malgré le fait que certains pays d'Europe et l'Australie, qui disposent d'un système public de soins de santé, n'interdisent pas la souscription à un régime privé d'assurance-santé et que cette pratique ne semble pas avoir causé de torts irréparables au fonctionnement ou à la viabilité de leur système public.

L'incapacité de régler efficacement la question de l'accès aux soins en temps opportun mènera très vraisemblablement à l'apparition d'un régime parallèle de soins hospitaliers et de soins dispensés par les médecins.

Il faut aussi souligner que l'expérience de ces pays affaiblit considérablement l'argument voulant que, même si l'interdiction de souscrire une assurance-santé viole le droit de la personne à recevoir des soins de santé en temps opportun, une telle violation peut se justifier en vertu de l'article 1 de la Charte. Pour que cet argument soit valide, il doit s'agir d'une violation respectant « des limites qui soient raisonnables et dont la justification puisse se démontrer dans le cadre d'une société libre et démocratique ». Puisque d'autres sociétés démocratiques et libres ont un régime universel de soins de santé et permettent à des particuliers de souscrire une assurance-santé pouvant servir à couvrir les coûts de ces services en marge du régime public, et puisque les systèmes de soins de santé de ces pays semblent fonctionner efficacement, les tribunaux pourraient réfuter l'argument voulant que la violation du droit de la personne à recevoir des soins de santé en temps opportun (soit l'interdiction d'établir un système privé parallèle) constitue une limite raisonnable « et dont la justification puisse se démontrer ».

Les membres du Comité croient fermement que les gouvernements ne peuvent attendre passivement que les tribunaux décident comment les Canadiens recevront les soins jugés nécessaires sur le plan médical. Il est temps pour eux de prendre des mesures pour régler le problème des périodes d'attente.

Une autre cause québécoise (*Stein* c. *Québec (Régie de l'Assurance-maladie)*), plutôt que de se fonder sur la Charte, a suivi une approche différente et exigé du gouvernement provincial qu'il rembourse les dépenses médicales engagées par un patient aux États-Unis pour le traitement d'une affection grave, qu'il ne pouvait recevoir en temps opportun au Québec[172]. Dans l'affaire *Stein*, le patient avait été informé qu'il devait subir une intervention chirurgicale pour un cancer grave au plus tard quatre à huit semaines après le diagnostic. Après avoir dépassé la période d'attente prescrite pour recevoir son traitement, le patient s'est rendu à New York pour y recevoir des soins. Par la suite, il a contesté le refus de la Commission de l'assurance-maladie du Québec de rembourser ses dépenses médicales. Le tribunal a tranché en faveur de Stein, en indiquant que, puisque chaque jour de retard augmentait les risques de décès, il n'était pas raisonnable d'obliger le patient à attendre d'être opéré à Montréal. Dans cette cause, il importe de noter l'insistance du tribunal sur l'accès aux soins en temps opportun.

[172] *Stein* c. *Québec (Régie de l'Assurance-maladie)*, [1999] QJ No. 2724.

5.4 Commentaires du Comité

Bien que les tribunaux canadiens n'aient pas encore établi l'existence d'un droit aux soins de santé en vertu de la Charte, il apparaît clairement au Comité que, lorsque le système public de soins de santé n'est pas en mesure d'offrir des soins adéquats en temps opportun, il devient de plus en plus difficile, voire impossible, de justifier l'interdiction de recourir au secteur privé. Il est vraisemblable que l'impossibilité d'obtenir des soins de santé en temps opportun dans le cadre du système public et l'interdiction concomitante, pour les Canadiens, d'obtenir ces soins ailleurs au Canada violent le droit à la liberté et à la sécurité de la personne établi à l'article 7 de la Charte.

L'incapacité de régler efficacement la question de l'accès aux soins en temps opportun mènera très vraisemblablement à l'apparition d'un régime parallèle de soins hospitaliers et de soins dispensés par les médecins. Par conséquent, il est crucial de régler le problème des délais d'attente, ou du manque d'accès en temps opportun, afin de préserver, au Canada, le modèle du payeur unique des soins de santé, que les Canadiens – et le Comité – appuient si vivement.

Les membres du Comité croient fermement que les gouvernements ne peuvent attendre passivement que les tribunaux décident comment les Canadiens recevront les soins jugés nécessaires sur le plan médical. Il est temps pour eux de prendre des mesures pour ***régler*** le problème des périodes d'attente.

Les gouvernements ne peuvent plus faire abstraction du problème croissant que pose l'accès aux soins de santé en temps opportun. Ils ***doivent*** – comme les fournisseurs de soins eux-mêmes, particulièrement les hôpitaux et les médecins – trouver une solution afin d'offrir un accès rapide à des soins appropriés.

L'approche que favorise le Comité pour régler le problème des longs délais d'attente et, ainsi, éviter l'émergence d'un système privé parallèle, comporte deux volets : d'abord, investir davantage dans les soins de santé en fonction des objectifs décrits dans les autres chapitres du rapport; ensuite, faire en sorte que les gouvernements offrent une garantie nationale de soins de santé, c'est-à-dire un ensemble de normes nationales assurant un accès rapide aux principaux soins de santé, dont les paramètres seront examinés dans le prochain chapitre.

CHAPITRE SIX

LA GARANTIE DE SOINS DE SANTÉ

6.1 Le problème des listes d'attente : la perception du public

Le principe d'accessibilité de la *Loi canadienne sur la santé* établit que les Canadiens doivent jouir d'un « accès satisfaisant » aux services de santé assurés. Cependant, la Loi ne définit pas ce qui constitue un accès satisfaisant. Depuis quelque temps, l'accès aux soins de santé a été mis en cause par le problème des listes d'attente et des délais pour l'obtention des soins : la difficulté d'obtenir des soins en temps opportun est de plus en plus perçue comme un problème majeur du système de soins de santé. Bien sûr, la notion de prestation de services « en temps opportun » est subjective : ce qui semble un délai acceptable pour une personne peut paraître une éternité pour quelqu'un d'autre, surtout lorsque la santé est en jeu. Quoi qu'il en soit, le Comité estime que l'expression « accès en temps opportun » décrit mieux que le terme « accès satisfaisant » les attentes du public au regard du système public de soins de santé.

Le Comité a appris que près d'un Canadien sur cinq ayant eu recours à des soins de santé en 2001, soit pour eux-mêmes ou pour un membre de leur famille, s'est heurté à certaines difficultés, allant de la difficulté à obtenir un rendez-vous à une longue attente avant d'obtenir les soins.

Les résultats d'une étude menée par Statistique Canada et publiée en juillet 2002[173] donnent, pour la première fois, une indication fiable de la mesure dans laquelle les Canadiens voient dans la prolongation des délais d'attente une lacune majeure du système public de soins de santé. Le sondage révèle que « près d'un Canadien sur cinq ayant eu recours à des soins de santé en 2001, soit pour lui-même ou pour un membre de sa famille, s'est heurté à certaines difficultés, allant de la difficulté à obtenir un rendez-vous à une longue attente avant d'obtenir les soins »[174]. Sur les quelque cinq millions de personnes qui ont consulté un spécialiste, environ 18 %, soit 900 000 personnes, ont indiqué que le fait d'avoir attendu pour obtenir les soins avait eu des répercussions sur leur vie. La majorité d'entre elles (59 %) ont dit avoir éprouvé de l'inquiétude, de l'anxiété ou du stress. Environ 37 % de ces personnes ont affirmé avoir ressenti de la douleur.

Les auteurs de l'étude en arrivent à la conclusion suivante :

> *Les renseignements nouveaux les plus importants en ce qui concerne l'accès aux services de soins de santé sont peut-être ceux recueillis au sujet des périodes d'attente. Selon les données de l'enquête, les Canadiens et Canadiennes ont clairement indiqué que de devoir attendre pour obtenir les soins est manifestement une barrière à l'obtention des soins. [...] De toute évidence, les Canadiens et Canadiennes jugent ces longues périodes*

---

[173] *Accès aux services de soins de santé au Canada, 2001*, Claudia Sanmartin, Christian Houle, Jean-Marie Berthelot et Kathleen White, Statistique Canada, juin 2002.

[174] Statistique Canada, *Le Quotidien*, 15 juillet 2002.

d'attente inacceptables, surtout lorsque celles-ci ont des effets indésirables sur leur vie, comme l'inquiétude, l'anxiété ou la douleur éprouvée durant l'attente[175].

Ces nouvelles données de Statistique Canada incitent fortement à penser que les preuves empiriques tendant à démontrer l'ampleur croissante du problème des listes d'attente, dont le Comité a déjà fait mention, témoignent d'un problème réel et de plus en plus répandu dans le système public de soins de santé au Canada. Les membres du Comité sont convaincus de la nécessité de résoudre ce problème. Le statu quo est tout simplement inacceptable. Avant d'exposer les recommandations du Comité, le présent chapitre examine l'expérience canadienne et internationale du problème des périodes d'attente.

6.2 Le problème des listes d'attente : la situation réelle

Pour le Comité, l'un des aspects les plus troublants du dossier des listes d'attente réside dans l'absence de données précises sur le nombre de Canadiens qui doivent attendre avant de pouvoir consulter un spécialiste, obtenir un diagnostic ou recevoir un traitement à l'hôpital, sur la durée de la période d'attente ainsi que sur les services en cause (maladies, états et signes). Ce manque de données pose un sérieux problème aux décideurs. Dans l'esprit du public, la gravité du problème des listes d'attente ne fait aucun doute, mais il existe peu ou pas de données qui permettent d'en mesurer l'ampleur et il n'y a pratiquement pas de normes ou de protocoles auxquels se reporter pour établir un ordre de priorité en fonction des besoins pour ceux qui sont en attente de traitement.

Pour le Comité, l'un des aspects les plus troublants du dossier des listes d'attente réside dans l'absence de données précises sur le nombre de Canadiens qui doivent attendre avant de pouvoir consulter un spécialiste, obtenir un diagnostic ou recevoir un traitement à l'hôpital, sur la durée de la période d'attente ainsi que sur les services en cause (maladies, états et signes).

D'une part, les gouvernements vont naturellement chercher à se montrer sensibles à un problème social, que celui-ci soit réel ou soit simplement perçu comme tel. D'autre part, si, du point de vue des besoins cliniques réels (et non des attentes du patient), le délai d'attente pour obtenir un traitement ou un diagnostic ne met pas en péril la santé du patient, il est peu justifié alors de dépenser beaucoup d'argent pour augmenter l'offre de ressources de santé en question. Il est essentiel de pouvoir mesurer la véritable portée du problème des listes d'attente et son impact sur la santé et le bien-être des patients pour être en mesure d'adapter la politique gouvernementale en conséquence.

Nous savons qu'il existe au Canada deux excellents exemples de listes d'attente dont le classement par ordre de priorité est fait de façon objective – le Réseau de soins cardiaques de l'Ontario et le projet de rationalisation des listes d'attente dans l'Ouest canadien. Ces exemples montrent qu'il est possible, avec un régime rigoureux de gestion des listes d'attente, grâce auquel les patients sont traités en fonction du degré de priorité de leur cas et dans un délai fixé à partir de lignes directrices cliniques, d'atténuer et même d'éliminer, dans bien des cas, le problème de l'attente et la perception selon laquelle les délais sont trop longs.

---

[175] *Accès aux services de soins de santé au Canada*, p. 24.

Ces exemples montrent aussi que l'application de lignes directrices cliniques fondées sur les besoins pour gérer les listes d'attente permet d'établir clairement le besoin réel de nouvelles ressources, c'est-à-dire lorsque la gestion des listes d'attente ne suffit pas à elle seule à assurer aux patients dont les besoins sont prioritaires un accès aux soins en temps opportun et que le recours à de nouvelles ressources s'impose. Dans un cas semblable, un mode de gestion des listes d'attente axé sur les besoins permet en outre de déterminer clairement le genre et la quantité des différentes ressources nécessaires – qu'il s'agisse d'argent, d'équipement, de fournisseurs de soins ou de lits d'hôpitaux.

Par conséquent, du point de vue stratégique, il est essentiel que le Canada commence dès que possible à établir une base de données précises sur les listes d'attente ainsi que des critères de service en fonction des besoins pour les personnes en attente de soins, du genre de ceux décrits à la section suivante. D'ailleurs, l'une des raisons pour lesquelles le Comité insiste sur la nécessité d'améliorer radicalement les systèmes d'information sur la santé et d'en accélérer la mise en œuvre (voir le chapitre dix) réside précisément dans la possibilité ainsi offerte d'établir des listes d'attente par ordre de priorité et de produire des données sur leur application.

Cependant, le Comité estime que les Canadiens ne devraient pas devoir attendre qu'on en ait fini avec cette étape essentielle au règlement d'un problème auquel il aurait fallu s'attaquer il y a des années. Déjà, les patients et leurs familles doivent avoir des signes évidents de la volonté d'agir des gouvernements et des progrès accomplis dans la recherche d'une solution au problème des listes d'attente. C'est pourquoi le Comité recommande, à la section 6.5, l'établissement *immédiat* d'une garantie de soins de santé, c'est-à-dire l'adoption d'un barème de périodes d'attente maximales, établies en fonction des besoins.

6.3 L'expérience canadienne

Comme nous l'avons mentionné, il existe au Canada deux exemples d'initiatives qui montrent de façon probante qu'il est possible de s'attaquer au problème des listes d'attente.

6.3.1 Réseau de soins cardiaques de l'Ontario (RSCO)

Le Réseau de soins cardiaques de l'Ontario (RSCO) est reconnu depuis longtemps comme un modèle de gestion des périodes d'attente qui repose principalement sur l'établissement d'un ordre de priorité en fonction des besoins. Créé en 1990 pour coordonner, faciliter et surveiller l'accès aux soins cardiaques spécialisés et pour conseiller le Ministère sur les questions touchant les soins cardiaques dispensés aux adultes, le RSCO a, depuis, mis au point des méthodes permettant de faciliter et de surveiller l'accessibilité des soins, une grande variété de lignes directrices concernant les services cardiaques ainsi qu'un système provincial d'information en cardiologie, afin d'appuyer la prestation des soins, la recherche et l'amélioration continue des services. Axées au départ sur la chirurgie cardiaque, les priorités du RSCO ont été élargies pour englober le cathétérisme, l'angioplastie et les endoprothèses, ainsi que les stimulateurs cardiaques, les défibrillateurs internes et la réadaptation cardiologique.

Le RSCO utilise les renseignements sur les patients et leur état pathologique pour calculer l'indice d'urgence (URS – *Urgency Rating Score*). L'URS est un outil de référence servant à établir l'ordre de priorité des besoins des patients, c'est-à-dire à dresser une liste d'attente de façon rigoureuse, en fonction des besoins relatifs des patients pour l'obtention des services

concernés. Il sert aussi à surveiller l'accessibilité des soins en temps voulu dans l'ensemble de la province. Quel que soit le service requis, le patient présentant l'état pathologique le plus sérieux (selon son URS) reçoit les soins en priorité. Les efforts du RSCO ont réduit considérablement les périodes d'attente pour les pontages coronariens depuis le milieu des années 90. Les périodes d'attente médianes des cas considérés comme urgents se maintiennent autour de trois jours, sans égard aux fluctuations dans le nombre total de patients inscrits sur la liste[176].

6.3.2 Projet de rationalisation des listes d'attente dans l'Ouest canadien

Les résultats du projet de rationalisation des listes d'attente dans l'Ouest canadien (*Western Canada Waiting List* – WCWL), publiés en mars 2001[177], indiquent qu'il est possible d'appliquer le type de système utilisé par le RSCO à d'autres maladies et interventions graves. Le projet WCWL est mené conjointement par divers organismes, comme les régies régionales de la santé, les associations médicales provinciales, les ministères provinciaux de la Santé ainsi que les centres de recherche en santé. Ce projet a été lancé dans le but de trouver une solution à ce qui est perçu comme un problème important et persistant d'accessibilité des soins de santé dans l'Ouest canadien, et d'influencer la façon dont les listes d'attente sont structurées, gérées et perçues par le public.

Au Canada, il n'existe aucune norme pour l'établissement d'un ordre de priorité des patients en ce qui a trait aux différents services médicaux (à l'exception du RSCO, en Ontario). Cela signifie qu'il n'existe pas de méthode provinciale ou nationale de mesure ou de détermination des périodes d'attente pour les services médicaux, ni de normes et de critères universels quant aux délais jugés « acceptables » au Canada pour l'obtention de la grande majorité des services de santé. Il est donc impossible de déterminer si, d'un point de vue clinique, les patients ont attendu durant une période raisonnable ou déraisonnable pour recevoir des soins. L'absence de critères et de méthodes uniformes permettant d'établir l'ordre de priorité des patients en attente de soins signifie que l'ordre des patients sur les listes d'attente dépend de critères cliniques et non cliniques qui varient selon le médecin traitant d'un établissement, d'une régie régionale de la santé et d'une province à l'autre.

Le but premier du projet WCWL a été de produire des outils permettant d'établir l'ordre de priorité des patients sur les listes d'attente en fonction de points attribués par des médecins. Cette tâche a été menée dans cinq domaines cliniques présentant des différences appréciables : chirurgie de la cataracte, interventions chirurgicales générales, arthroplastie de la hanche et du genou, examen IRM et santé mentale des enfants. Un ensemble de critères permettant de déterminer le degré de priorité et un système de pointage ont été élaborés en étroite collaboration avec un groupe d'experts. Les critères et le système de pointage ont été soumis aux diverses étapes des travaux empiriques visant à en évaluer la validité et la fiabilité. Les cliniciens qui ont mis à l'essai les outils servant à établir l'ordre de priorité ont généralement conclu qu'ils pouvaient s'avérer utiles dans un contexte clinique.

---

[176] Voir la présentation du Réseau de soins cardiaques de l'Ontario à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 29 octobre 2001.

[177] *Du chaos à l'ordre : Rationaliser les listes d'attente au Canada*, rapport final, projet de rationalisation des listes d'attente dans l'Ouest canadien, mars 2001.

Les résultats du projet WCWL établissent que les cliniciens, les administrateurs et le public croient qu'une meilleure gestion des listes d'attente est à la fois nécessaire, possible et bienvenue. Ce qu'il reste à faire maintenant, c'est d'élaborer des normes et des critères pour établir des délais d'attente convenables et acceptables, en fonction des différents degrés de priorité des besoins. Le projet WCWL n'a pu s'attaquer à cette tâche puisqu'elle dépassait le mandat pour lequel il était financé.

Quoi qu'il en soit, les auteurs du rapport final du projet WCWL soutiennent qu'il est tout à fait possible d'établir un certain ordre dans les priorités de traitement et d'accès au soins facultatifs. L'expérience d'autres instances a montré qu'il est possible de recourir à des approches systématiques et à des techniques de détermination des priorités pour améliorer la gestion des périodes d'attente. Les recherches menées pour le projet WCWL[178] mettent en lumière un certain nombre de méthodes pour y parvenir, entre autres :

- veiller à ce que le processus d'établissement des normes régissant les périodes d'attente soit de portée nationale;
- faire porter les normes régissant les périodes d'attente sur quatre principaux types d'intervention : consultation pour soins primaires, première consultation d'un spécialiste, test diagnostique et chirurgie.

Comme le montrent les expériences du RSCO et du WCWL, il est possible d'atténuer grandement le problème des listes d'attente – tel qu'il se pose en réalité et tel qu'il est perçu – en adoptant une méthode fondée sur les besoins cliniques des patients inscrits sur une liste d'attente. Puisqu'il n'y a encore que peu ou pas de données permettant d'établir dans quelle mesure il est possible d'atténuer le problème au moyen de ces nouvelles techniques de gestion des listes, certains sont d'avis qu'il serait prématuré d'agir avant de connaître pleinement la portée du problème réel – et non perçu – des listes d'attente. Ils sont d'avis qu'il est trop tôt pour mettre en œuvre des mesures telles que la garantie de soins de santé (voir la section 6.5) proposée par le Comité. Le Comité réfute ce point de vue et estime que les Canadiens méritent qu'on applique *maintenant* la garantie de soins de santé. À tout le moins, cette garantie aiguillonnerait la création des normes, critères et systèmes d'information nécessaires. Nul doute aussi que la garantie de soins de santé soulagerait aussi en grande partie l'anxiété actuelle des patients et de leurs familles.

Le Comité estime que les Canadiens méritent qu'on applique maintenant la garantie de soins de santé.

6.4 Expérience internationale

Bien qu'on ne puisse tirer de conclusions définitives de l'expérience internationale, des indices permettent de croire que l'établissement de périodes d'attente maximales au regard de certaines interventions peut contribuer à réduire les périodes d'attente. Plusieurs facteurs restreignent les conclusions qu'il est possible de tirer de l'expérience internationale. D'abord, les systèmes de soins de santé sont extrêmement complexes et ancrés dans l'histoire et la culture de chaque pays. En ce qui concerne l'établissement de périodes d'attente maximales – ce que le Comité appelle la « garantie de soins de santé » –, l'expérience est très récente et se limite à une poignée de pays. De plus, les périodes d'attente maximales ont fait

[178] Sanmartin, Claudia, *Toward Standard Definitions of Waiting Times for Health Care Services*, p. 361.

l'objet de révisions. Malgré ces réserves, le Comité estime que l'expérience internationale peut éclairer la recherche de solutions pour réduire les périodes d'attente au Canada.

6.4.1 Suède

Dans ses rapports précédents[179], le Comité a mentionné que la Suède a expérimenté une forme de « garantie de soins de santé » au début des années 90. Cette garantie fixait un temps d'attente maximal pour les tests diagnostiques (90 jours), pour certains types de chirurgies électives (90 jours) ainsi que pour les consultations de médecins de soins primaires (8 jours) et de spécialistes (90 jours). La Suède a aussi mis en place un système grâce auquel les temps d'attente des interventions majeures sont affichés tous les jours sur un site Web. Les patients peuvent consulter ce site et choisir l'hôpital ayant les délais les plus courts ou s'adresser au premier médecin ou chirurgien libre.

En 1997, un nouveau système est entré en vigueur : la garantie de soins de santé « 0/7/90 ». Ce système établit que le patient doit recevoir les soins d'un infirmier praticien dans un centre de soins primaires le jour même de la consultation et obtenir un rendez-vous avec un médecin dans les sept jours. Enfin, le cas échéant, le patient doit se voir offrir un rendez-vous avec un spécialiste dans les trois mois. S'il ne peut obtenir de rendez-vous, le patient a le droit de recevoir des soins dans un autre pays sans devoir assumer de frais additionnels. La garantie stipule que les traitements nécessaires doivent être fournis dans les meilleurs délais, sans toutefois fixer de période d'attente maximale à cet égard.

Dans l'ensemble, il semble que la garantie de soins offerte en Suède contribue davantage à accroître la liberté de choix des patients qu'à réglementer les périodes d'attente. Dans le conseil de comté de Stockholm, par exemple, les patients ont le choix entre de nombreux fournisseurs de soins et établissements, mais en pratique relativement peu d'entre eux exercent cette liberté de choix et un bon nombre ne sont même pas conscients qu'ils peuvent. En général, les Suédois accordent beaucoup d'importance à la proximité d'accès aux soins; une grande majorité des patients préfèrent en effet recevoir des soins dans leur pays plutôt qu'à l'étranger, même s'il leur faut pour cela attendre plus longtemps.

6.4.2 Danemark[180]

Au Danemark, le ministre de la Santé et l'Association des conseils de comté, qui sont conjointement responsables du financement et de la prestation des services de santé, se sont fixé comme objectif en 1993 de ramener à trois mois, au plus tard à la fin de 1995, la période d'attente maximale pour tout traitement chirurgical non urgent. Cette garantie s'accompagnait d'encouragements financiers pour inciter les comtés à atteindre cet objectif. Cependant, malgré l'intensification de l'activité et la réduction générale des périodes d'attentes, les comtés n'ont pas été en mesure de respecter cette garantie et celle-ci a par la suite été révoquée en 1997.

Jusqu'à tout récemment, on a eu recours à une approche « politique » pour faciliter la réduction des périodes d'attente et l'on a augmenté en conséquence le budget des

---

[179] Voir, par exemple, vol. 5, p. 59, et vol. 3, p. 31.

[180] On trouvera une description détaillée du régime de soins de santé danois dans *Health Care Systems in Transition: Denmark*, Signild Vallgarda, Allan Krasnik et Karsten Vrangbaek, Observatoire européen des systèmes de soins de santé, 2001.

soins de santé. Des objectifs différenciés ont été établis en fonction de l'évaluation de l'incidence des périodes d'attente sur les différents groupes de patients. Dès mars 2000, on avait fixé des objectifs pour les troubles cardiaques graves (deux, trois ou cinq semaines, selon le diagnostic et le traitement offert), le cancer du sein, le cancer du poumon, le cancer de l'utérus et le cancer de l'intestin (attente de deux semaines, entre le renvoi du patient et l'examen préliminaire, entre l'acceptation du patient en chirurgie et l'intervention chirurgicale ainsi qu'entre la chirurgie et le début du traitement postchirurgical).

Un rapport du gouvernement central, publié en 2000, indique que, dans l'ensemble, le pourcentage de patients devant attendre plus de trois mois est tombé de 32 % à 28 % en 1997 et à 21 % en 1998. Cette même année, 71 % des patients ont été traités immédiatement, 14 % ont reçu un traitement le même mois et 8 % ont dû attendre plus de trois mois. La période d'attente moyenne pour les interventions chirurgicales est passée de 93 jours en 1995 à 87 en 1997.

Depuis 1997, le ministère de la Santé affiche sur Internet les périodes d'attente prévues à différents hôpitaux au regard de 24 types de diagnostic. Cette mesure vise à élargir le choix des patients parmi les hôpitaux du pays. En juin 2001, le gouvernement social-démocrate a annoncé un investissement de 500 millions de couronnes (environ 100 M$ CAN) afin de réduire encore davantage le temps d'attente pour obtenir un traitement contre le cancer, et a ensuite promulgué une loi visant à garantir à tous les patients atteints de cancer une période d'attente minimale.

Malgré tout, l'inquiétude concernant la prolongation des périodes d'attente dans les hôpitaux publics a été l'un des facteurs qui a mené à la défaite des sociaux-démocrates aux mains du Parti libéral, formation politique de droite. Depuis, le nouveau gouvernement a annoncé un nouvel investissement de 1,5 milliard de couronnes (environ 290 M$ CAN) réparti dans l'ensemble du réseau hospitalier public à seule fin de réduire les listes d'attente.

Le gouvernement a aussi déclaré que les patients qui doivent attendre plus de deux mois pour recevoir un traitement de quelque nature que ce soit dans le système public pourront, à compter du 1er juillet, choisir de se faire soigner dans un hôpital privé ou dans un autre pays, sans frais additionnels. Comme en Suède, les Danois voient cette mesure comme un élargissement du choix du patient plutôt que comme une véritable « garantie de soins de santé ». Dans le témoignage qu'il a livré au Comité par conférence téléphonique, M. John Erik Petersen, chef du ministère de la Santé et de l'Intérieur, gouvernement du Danemark, a fourni l'explication suivante :

> *Il y a une dizaine d'années, nous avons lancé le concept du libre choix des hôpitaux, parmi les hôpitaux publics. Toutefois, il n'y a toujours pas de liberté de choix à l'égard des quelques hôpitaux privés au Danemark, ni à l'égard des hôpitaux à l'étranger.*
>
> *Au 1er juillet, cependant, nous élargissons ce concept de liberté de choix pour inclure les hôpitaux privés et les hôpitaux d'autres pays dans des cas où le malade ne peut être traité dans un hôpital public dans son propre pays ou dans un pays avoisinant en moins de deux mois. C'est là qu'intervient cette notion de garantie. Il ne s'agit pas vraiment*

d'une garantie, mais disons qu'après un délai d'attente de deux mois, le libre choix est élargi.

Nous avons également une garantie de soins, mais seulement dans les cas limités, par exemple lorsqu'il s'agit de cancer ou de maladies cardio-vasculaires très graves où la vie du malade est en danger. Cette garantie existe depuis un an. Et c'est une garantie en ce sens que les conseils et les hôpitaux sont tenus de trouver les soins requis pour le malade dans le délai fixé, qui est inférieur au délai de deux mois. Ils ont donc l'obligation de lui trouver les soins dont il a besoin, ce qui n'est pas le cas pour le libre choix élargi. Dans ce dernier cas, vous pouvez choisir librement de vous faire soigner dans un hôpital privé ou un hôpital à l'étranger si vous attendez plus de deux mois, mais rien ne garantit que l'hôpital privé que vous choisissez pourra vous soigner[181].

Il est intéressant de noter que les Danois, à l'instar des Suédois, ne s'attendent pas à ce que beaucoup de patients se prévalent de ces nouvelles garanties. M. Petersen a poursuivi en ces termes :

En ce qui concerne le délai de deux mois, nous ne prévoyons pas que les périodes d'attente de plus de deux mois vont disparaître au Danemark. Nous savons déjà que depuis l'introduction du concept de la liberté de choix parmi les hôpitaux publics, les patients décident souvent d'attendre plus longtemps pour être traités à leur hôpital local, plutôt que d'avoir à se faire soigner en Europe ou dans d'autres régions du pays, bien que le Danemark soit un assez petit pays. Par conséquent, nous ne pensons pas que beaucoup de citoyens voudront profiter de cette offre[182].

Les témoins danois ont indiqué au Comité que la décision de fixer à deux mois la période au terme de laquelle les patients ont le libre choix de l'hôpital se fonde davantage sur la dynamique politique que sur des conclusions cliniques et scientifiques. Cette situation tranche nettement avec les périodes d'attente maximales fixées pour les cancers et les maladies cardiaques, qui ont été décidées en fonction de critères cliniques. Quoi qu'il en soit, la garantie de deux mois représente, selon le Dr Steen Friberg Nielsen, président-directeur général, de la *Top Management Academy*, gouvernement du Danemark, « une décision politique qui était fondée sur le niveau de service »[183] que le gouvernement désirait offrir aux citoyens.

6.5 Recommandations du Comité

Le Comité estime que deux facteurs alimentent la perception selon laquelle le problème des délais d'attente va en s'aggravant au Canada.

Le premier est la pénurie apparente de personnel et d'équipement de diagnostic. Selon le Comité, ces carences ont été gravement exacerbées ces dix dernières années par les décisions successives des gouvernements de tous ordres, qui ont cherché à tout prix à réduire de façon drastique les coûts des soins de santé (et d'autres dépenses publiques). Ces compressions ont créé une situation dans laquelle certaines composantes du système de soins de santé sont de

---

[181] Compte rendu des délibérations du Comité, 17 juin 2002, 64:4.
[182] *Ibid.*.
[183] *Ibid.*

moins en moins aptes à répondre à la demande. Dans un système qui vise l'égalité de traitement pour tous, ce déséquilibre entre l'offre et la demande de services a allongé les périodes d'attente et, comme en font foi les données de Statistique Canada, a alimenté l'inquiétude du public à ce sujet.

Toutefois, l'absence de listes d'attente établies avec rigueur selon un ordre de priorité dicté par des critères et des données cliniques fondés sur les besoins, qui permettent de bien évaluer l'état des patients en attente de traitement, aggrave sensiblement le problème. L'absence de données complique certes la recherche de solutions. En fait, dans le système de soins de santé canadien, il est impossible d'établir une distinction valable entre, d'une part, les véritables besoins du patient, établis selon des critères cliniques, et, d'autre part, le désir du patient et de son médecin traitant d'obtenir des soins immédiats (lorsque le fait de devoir attendre ne compromet en rien la santé du principal intéressé).

Ce ne sont pas toujours les pénuries qui sont à l'origine des listes d'attente. Comme nous l'avons mentionné, tout indique qu'il est possible de réduire les périodes d'attente en s'attaquant directement au problème, comme l'a fait le RSCO en Ontario. Nous sommes convaincus que l'un des principaux facteurs à l'origine de la prolongation des périodes d'attente réside dans la lenteur des « intervenants » du système – les hôpitaux et leurs médecins spécialistes et chirurgiens en particulier - à systématiser la gestion des listes d'attente pour l'ensemble des interventions importantes, tests diagnostiques et consultations. Tout comme il appuie les mesures visant à rendre le système de soins de santé plus efficace, le Comité accueille favorablement les efforts pour améliorer la gestion des listes d'attente, comme le projet WCWL, qui font que les patients qui en ont le plus besoin reçoivent les soins en premier et que, dans la mesure du possible, les périodes d'attentes sont réduites au minimum pour tout le monde. Le Comité croit toutefois qu'il est fort peu probable qu'une meilleure gestion puisse, à elle seule, résoudre le problème des listes d'attente, qui est sans doute en partie attribuable aux pénuries.

Fidèle à sa philosophie voulant que le meilleur moyen de réformer un système complexe comme le régime de soins de santé consiste à mettre en œuvre des mesures d'encouragement pour tous les intervenants en cause, le Comité est convaincu qu'il faut faire assumer aux gouvernements la responsabilité de leurs décisions. Il estime donc que ce sont les vrais responsables du problème des listes d'attente qui doivent en porter le blâme, à savoir, les gouvernements, qui n'ont pas fourni les ressources financières suffisantes; les gouvernements et les fournisseurs de services, qui n'ont pas élaboré de systèmes de gestion des listes d'attente en fonction des besoins et des évaluations cliniques; enfin, les gouvernements, qui n'ont pas demandé et financé la mise en place de ces systèmes pour rationaliser les listes d'attente, notamment celles attribuables au sous-financement du système. Le Comité est donc d'avis qu'il revient aux gouvernements d'assumer le coût des mesures de redressement, c'est-à-dire le traitement des patients dans un autre territoire, d'ici à ce que l'élaboration et la mise en place de systèmes de gestion des listes d'attente se concrétisent.

On peut ensuite se demander pourquoi on a laissé la situation se détériorer au point que près d'un Canadien sur cinq dit avoir éprouvé des difficultés à obtenir des services de santé en temps opportun. Selon le Comité, cela s'explique en partie par le fait que la compression des coûts – ou plus précisément le refus de continuer à accroître le financement au même rythme que la hausse des coûts des soins de santé – était une solution attrayante pour le gouvernement. Elle a pu être mise en œuvre avec relativement de facilité, la raison étant que jusqu'ici, le gouvernement n'a pas eu à subir le contrecoup de ses mesures de compression. À la place, ce sont les patients surtout qui ont écopé, puisqu'ils doivent maintenant attendre plus longtemps pour obtenir des services de santé.

Fidèle à sa philosophie voulant que le meilleur moyen de réformer un système complexe comme le régime de soins de santé consiste à mettre en œuvre des mesures d'encouragement pour tous les intervenants en cause, le Comité est convaincu qu'il faut faire assumer aux gouvernements la responsabilité de leurs décisions. Il estime donc que ce sont les vrais responsables du problème des listes d'attente qui doivent en porter le blâme, à savoir, les gouvernements, qui n'ont pas fourni les ressources financières suffisantes; les gouvernements et les fournisseurs de services, qui n'ont pas élaboré de systèmes de gestion des listes d'attente en fonction des besoins et des évaluations cliniques; enfin, les gouvernements, qui n'ont pas demandé et financé la mise en place de ces systèmes pour rationaliser les listes d'attente, notamment celles attribuables au sous-financement du système. Le Comité est donc d'avis qu'il revient aux gouvernements d'assumer le coût des mesures de redressement, c'est-à-dire le traitement des patients dans un autre territoire, d'ici à ce que l'élaboration et la mise en place de systèmes de gestion des listes d'attente se concrétisent.

Par conséquent, le Comité recommande :

Qu'un délai d'attente maximum tenant compte des besoins soit fixé et rendu public pour chaque type d'intervention ou de traitement majeur;

Qu'une fois ce délai expiré, l'assureur (le gouvernement) paie pour que le patient puisse immédiatement faire des démarches pour subir l'intervention ou le traitement en question ailleurs au Canada ou, au besoin, à l'étranger (par exemple, aux États-Unis). C'est ce qu'on appelle la garantie de soins de santé.

Le Comité est conscient que les gouvernements pourront fort bien tenter de faire valoir que si un patient ne reçoit pas en temps opportun un service médicalement nécessaire et est autorisé en conséquence à s'adresser ailleurs pour obtenir le service en question en vertu de la garantie de soins de santé, la responsabilité (ou le blâme) repose peut-être sur les épaules de l'hôpital ou de ses médecins, qui n'ont pas bien utilisé les ressources existantes ou n'ont pas bien géré les listes d'attente. Dans ces circonstances, il se peut qu'ils cherchent à recouvrer les frais subis au titre de la garantie de soins auprès des hôpitaux ou des médecins concernés. En d'autres termes, il se peut que les gouvernements imputent la responsabilité de respecter les délais d'attente maximums à ceux qui doivent effectivement gérer le système. C'est là une mesure

raisonnable, s'il peut être démontré que le sous-financement est la seule ou même la principale raison à l'origine du délai d'attente trop long.

C'est toutefois là une question qui doit être résolue entre les gouvernements et les établissements et médecins faisant partie du système public de soins de santé. Les patients ne devraient pas avoir à subir de conséquences. Leur seul souci devrait être d'obtenir les traitements dont ils ont besoin en temps opportun et d'en faire assumer le coût par l'État. C'est donc, au départ, aux gouvernements que devrait incomber, en tant qu'assureurs du patient, la responsabilité de respecter la garantie de soins de santé.

Le moment où cette garantie de soins de santé s'appliquerait pour chaque intervention serait établi en fonction d'une évaluation du moment à partir duquel une prolongation de l'attente risquerait de compromettre sensiblement la santé ou la qualité de vie du patient. Les périodes d'attente seraient établies par des organismes scientifiques, à partir de données cliniques et scientifiques.

Le moment où cette garantie de soins de santé s'appliquerait pour chaque intervention serait établi en fonction d'une évaluation du moment à partir duquel une prolongation de l'attente risquerait de compromettre sensiblement la santé ou la qualité de vie du patient. Les périodes d'attente seraient établies par des organismes scientifiques, à partir de données cliniques et scientifiques. À cette fin, le Comité recommande :

Que le processus d'établissement des normes régissant les périodes d'attente soit de portée nationale ;

Qu'un organisme indépendant, chargé d'examiner les données scientifiques et cliniques pertinentes, soit mis sur pied;

Que les normes régissant les périodes d'attente portent sur quatre principaux types d'intervention : consultation pour soins primaires, première consultation d'un spécialiste, test diagnostique et chirurgie.

Le Comité reconnaît la nécessité d'aborder simultanément les deux groupes de facteurs susmentionnés. Premièrement, il faut appliquer les techniques de gestion efficace des listes d'attente fondées sur de saines méthodes cliniques, afin de gérer les périodes d'attente de façon efficace et équitable. Deuxièmement, l'accès aux ressources suffisantes pour y arriver exigera une volonté politique et il faudra donc encourager le gouvernement à agir en conséquence.

Puisque le gouvernement a la responsabilité d'assurer le financement d'un éventail suffisant de services essentiels offerts par les hôpitaux et les médecins, il a l'obligation de les aider à respecter des normes acceptables de service aux patients. C'est là l'essence d'un système axé sur le patient et du « contrat » conclu entre les Canadiens et leurs gouvernements en matière de soins de santé.

Une période d'attente maximale garantie constitue une représentation concrète de cette obligation. En offrant une telle garantie, le gouvernement devra assumer la responsabilité si les soins requis ne sont pas fournis en temps opportun, dans la mesure, bien sûr, où les hôpitaux et les médecins du régime public respectent leur part du contrat en établissant et en appliquant des critères cliniques de priorisation des listes d'attente en fonction des besoins et en utilisant leurs ressources le plus efficacement possible. Les gouvernements n'auront plus le loisir de laisser les périodes d'attente se prolonger sans devoir subir de conséquences financières. Il en sera de même pour les hôpitaux et les médecins, lorsque le sous-financement n'est pas le principal facteur responsable de la prolongation des délais d'attente, puisqu'il incombera à l'assureur d'assumer les frais nécessaires pour permettre aux patients d'aller se faire traiter ailleurs.

D'autres rapports produits au Canada ont recommandé des solutions semblables au problème des périodes d'attente. Après avoir examiné l'expérience suédoise, le conseil consultatif sur la santé de l'Alberta a présenté un rapport (le rapport Mazankowski) recommandant l'établissement d'une garantie de soins de 90 jours pour certains services. Selon le conseil, cette garantie encouragerait les fournisseurs de soins et les régies régionales de la santé à prendre les mesures nécessaires pour gérer et raccourcir les listes d'attente. Le rapport précise que le patient pourra devoir renoncer au choix du médecin ou de l'hôpital s'il veut être traité dans le délai de 90 jours. De plus, si les régies régionales de la santé ne peuvent fournir le service dans ce délai, d'autres options devront être envisagées, comme celle d'obtenir le service dans une autre région. Les services pourraient être offerts par un fournisseur public ou privé.

Plus récemment, l'Association médicale canadienne a appuyé le concept de garantie de soins de santé proposé par le Comité et l'a inclus dans son document intitulé *Ordonnance pour la viabilité*, publié le 6 juin 2002. L'AMC propose que soient établies, « au sujet de la qualité et des périodes d'attente, des lignes directrices et des normes claires »[184] au regard d'un ensemble bien défini de services de base, et estime que « si le système public de santé ne réussit pas à se conformer aux normes convenues et prescrites relativement à l'accès aux services de base en temps opportun, les patients doivent alors avoir accès à d'autres options qui leur permettent d'obtenir les soins requis par d'autres moyens »[185]. Le Comité se réjouit que l'AMC ait fait sienne sa proposition.

6.6 Les conséquences possibles d'une non-application de la garantie de soins de santé

Deux éléments doivent se conjuguer pour qu'il y ait des progrès significatifs au chapitre de la réduction des périodes d'attente, du renouvellement du contrat conclu entre les Canadiens et leurs gouvernements en matière de soins de santé et du rétablissement de la confiance du public canadien dans son système de soins de santé. D'abord, les gouvernements de tous ordres doivent joindre le geste à la parole et appliquer une garantie de soins de santé établissant le droit des Canadiens à recevoir les soins nécessaires dans les meilleurs délais. Ensuite, cet engagement doit reposer sur le meilleur système de gestion des périodes d'attente qu'il soit possible de mettre en œuvre.

---

[184] Association médicale canadienne, *Ordonnance pour la viabilité*, p. 16.
[185] *Ibid.*, p. 16-17.

Puisque la prestation des soins de santé est une responsabilité provinciale au Canada, la garantie de soins de santé ne peut s'appliquer sans l'adhésion des provinces et des territoires. Le Comité estime que le principal apport du gouvernement fédéral à la mise en œuvre de la garantie de soins de santé consiste à veiller à ce que les gouvernements fédéral et provinciaux s'entendent sur les moyens d'assurer la stabilité et la prévisibilité du financement au titre du système public de soins de santé. Le Comité est persuadé de la nécessité de maintenir la contribution financière du gouvernement fédéral à un niveau suffisant et prévisible. Les questions touchant le financement sont examinées en détail aux chapitres 14 et 15 du présent rapport.

Il importe néanmoins de mesurer les conséquences d'un refus de la part des provinces d'adhérer à la garantie de soins de santé. Au chapitre précédent, le Comité a fait valoir que les gouvernements ne peuvent plus jouer sur deux tableaux, c'est-à-dire ne pas offrir l'accès en temps opportun aux soins médicalement nécessaires par l'intermédiaire du système public de soins de santé et empêcher par ailleurs les Canadiens d'obtenir ces services auprès d'établissements privés. Ainsi, l'une des conséquences du refus d'appliquer une garantie de soins de santé serait de rendre hautement probable l'accueil favorable par les tribunaux d'une éventuelle contestation de la loi interdisant la création parallèle d'un régime privé de soins de santé et d'assurance-maladie.

Une deuxième conséquence serait qu'il incomberait au gouvernement fédéral d'envisager de promulguer lui-même une loi pour faire appliquer la garantie de soins de santé. Il pourrait, par exemple, fixer lui-même des périodes maximales d'attente applicables à l'échelle nationale pour diverses interventions, à l'issue desquelles la garantie de soins de santé s'appliquerait. À l'expiration du délai, le gouvernement fédéral pourrait assumer les coûts subis pour permette au patient de se faire traiter ailleurs, notamment aux États-Unis, et en déduire le montant des sommes versées à la province de résidence du patient au titre du TCSPS.

Ainsi, la pénalité imposée dans le cas d'une violation de la garantie de soins de santé serait comparable à celle assumée par les provinces qui dérogent à la *Loi canadienne sur la santé*. Actuellement, lorsqu'il établit qu'une province a imposé des frais modérateurs ou une surcharge interdite par la *Loi canadienne sur la santé*, le gouvernement fédéral peut retenir des fonds qu'il aurait normalement transférés à la province une somme équivalant à celle qu'elle a perçue.

Évidemment, l'adoption d'une telle mesure législative par le gouvernement fédéral ne manquerait pas de soulever des protestations. Cependant, elle permettrait la mise en œuvre d'une garantie nationale de soins de santé pour limiter les délais d'attente, mesure qui, de l'avis du Comité, est absolument nécessaire et serait largement approuvée par le public canadien.

6.7 Quelques réflexions sur la garantie de soins de santé

Le Comité estime que les gouvernements fédéral et provinciaux - territoriaux devraient pouvoir s'entendre sur un ensemble national de périodes d'attente maximales pour diverses interventions. Il espère vivement que le gouvernement fédéral n'aura pas à intervenir unilatéralement, ni qu'aucun système parallèle de soins financé par un régime d'assurance privé ne verra le jour à la suite de décisions judiciaires. Si le Comité a souligné les conséquences possibles d'une non-application de la garantie de soins de santé, c'est qu'il rejette catégoriquement le statu quo : les Canadiens qui en ont besoin ***doivent*** avoir accès ***en temps opportun*** aux services médicalement nécessaires.

Il importe également de noter que la recommandation du Comité concernant la mise en œuvre de la garantie de soins de santé se superpose à d'autres recommandations importantes formulées dans le présent rapport. Par exemple, les systèmes d'information sur la santé et les méthodes permettant d'évaluer le rendement et les résultats, qui font l'objet de recommandations au chapitre dix, doivent être mis en place pour assurer le suivi des périodes d'attente d'un bout à l'autre du pays et ainsi veiller à ce que les patients soient traités en temps opportun et à ce que les normes imposées par la garantie de soins de santé soient respectées. De plus, la réforme des soins de santé primaires, que propose le Comité au chapitre quatre, est essentielle à la prestation efficace et rapide des soins de santé au XXI[e] siècle.

Partie IV : Resserrer les mailles du filet de sécurité

CHAPITRE SEPT

ÉTENDRE LA COUVERTURE POUR INCLURE LA PROTECTION CONTRE LES COÛTS EXORBITANTS DES MÉDICAMENTS DE PRESCRIPTION

Dans les volumes précédents de son étude, le Comité a mis en lumière plusieurs questions cruciales touchant la couverture de l'assurance-médicaments au Canada et le coût des médicaments de prescription :

- Ces dernières années, le coût des médicaments de prescription a grimpé plus rapidement que celui de tous les autres éléments du système de santé. Les dépenses en médicaments de prescription représentent une part très importante et sans cesse croissante des coûts de la santé dans le secteur public. On s'attend à ce que la hausse des frais de médicaments de prescription persiste à mesure que de nouveaux médicaments efficaces mais très coûteux (spécialement ceux qui sont adaptés génétiquement au patient) apparaîtront sur le marché canadien au cours de la prochaine décennie.
- La *Loi canadienne sur la santé* ne s'applique pas aux médicaments de prescription utilisés hors du milieu hospitalier, et la couverture des régimes publics d'assurance-médicaments varie considérablement d'une province à l'autre. Il s'agit là d'un net contraste avec la politique qui existe dans de nombreux pays de l'OCDE, où les médicaments de prescription sont assurés par l'État aussi bien que les services hospitaliers et les services fournis par les médecins.
- La couverture privée offerte par les régimes d'assurance de l'employeur ou les polices d'assurance individuelle pour les médicaments de prescription varie beaucoup quant à la conception, à l'admissibilité et aux frais que les participants doivent payer de leur poche (soit les dépenses personnelles non remboursables).
- Malgré l'accessibilité des régimes publics et des régimes privés d'assurance-médicaments, beaucoup de Canadiens ne bénéficient d'absolument aucune couverture pour leurs médicaments de prescription. De plus, dans le cas de ceux qui en ont une (publique ou privée), la nature et la qualité de la couverture varient considérablement.
- Le fardeau financier excessif attribuable aux dépenses élevées en médicaments de prescription devient de plus en plus un risque réel – et même une réalité – pour beaucoup de particuliers et de familles au Canada.

Dans le présent chapitre, nous examinons les tendances des coûts des médicaments et le niveau actuel de couverture offert par les régimes d'assurance pour les médicaments de prescription au Canada. Nous accordons une attention particulière à l'absence et à l'insuffisance de protection contre les coûts très élevés des médicaments. Le Comité formule des observations sur la nécessité pour les Canadiens de bénéficier d'une meilleure protection

contre les frais très élevés et même exorbitants de médicaments de prescription, de même que des recommandations sur la façon dont le gouvernement fédéral devrait contribuer à cet objectif.

Comme il l'a fait remarquer dans des rapports antérieurs et précédemment dans le présent volume, le Comité est fermement convaincu qu'aucun Canadien ne devrait avoir à porter un fardeau financier excessif parce qu'il est obligé d'acquitter ses factures de soins de santé. Ce principe fondamental, qui est à la base de la politique canadienne en matière de santé, devrait s'appliquer aux frais de médicaments de prescription.

Le Comité est fermement convaincu qu'aucun Canadien ne devrait avoir à porter un fardeau financier excessif parce qu'il est obligé d'acquitter ses factures de soins de santé. Il est essentiel que ce principe fondamental, qui est à la base de la politique canadienne en matière de santé, s'applique aux frais de médicaments de prescription.

7.1 Tendances des dépenses au titre des médicaments[186]

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) signale que, depuis 1997, les dépenses consacrées aux médicaments (de prescription et en vente libre) forment la deuxième catégorie en importance de dépenses de santé au Canada, venant derrière les coûts hospitaliers mais maintenant devant ceux des services fournis par les médecins. On prévoit que les chiffres définitifs indiqueront qu'en 2001, les dépenses en médicaments équivalaient à près de 50 % des dépenses hospitalières.

Les dépenses au titre des médicaments sont passées de 3,8 milliards de dollars en 1985 à 15,5 milliards de dollars en 2001. Les données de l'ICIS montrent qu'au cours de cette période de 16 ans, elles ont augmenté plus rapidement que l'inflation et à un rythme supérieur à celui de la croissance démographique. Plus précisément, de 1985 à 1992, elles ont augmenté à un taux annuel moyen de 12 % et de 1992 à 1996, à un taux de 5 %. Par la suite, le taux de croissance est passé à environ 10 % en 1997 et en 1998, pour tomber à environ 8 % en 1999. Bien que les données ne soient pas encore au point, on s'attend à ce que le taux moyen de croissance des dépenses en médicaments ait été d'environ 7 % en 2000 et de 9 % en 2001.

Les médicaments de prescription constituent l'élément le plus important des dépenses totales en médicaments (79 % en 2001, en hausse par rapport à 67 % en 1985). Les médicaments en vente libre comptaient pour les 21 % restants des dépenses en médicaments en 2001 (contre 33 % en 1985). Dans la plupart des cas, les consommateurs achètent eux-mêmes et paient de leur poche les médicaments en vente libre. Par contraste, plusieurs payeurs contribuent au financement des médicaments de prescription. Ils appartiennent au secteur public (les régimes provinciaux/territoriaux d'assurance-médicaments, les régimes d'assurance du gouvernement fédéral pour certains groupes et les commissions de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail/Workers' Compensation Boards) et au secteur privé (les régimes d'assurance privés et les particuliers).

---

[186] La plus grande partie de l'information fournie dans cette section provient d'un document de l'Institut canadien d'information sur la santé : *Drug Expenditure in Canada, 1985-2001*, Ottawa, avril 2002. On trouvera le communiqué annonçant ce rapport sur le site Web de l'ICIS : http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=media_24apr2002_e.

TABLEAU 7.1
DÉPENSES AU TITRE DES MÉDICAMENTS DE PRESCRIPTION SELON LA SOURCE DE FINANCEMENT (POURCENTAGE)

	1985	1988	1999	2001
Gouvernements prov. et terr.	40,6	42,6	38,2	42,0
Gouvernement fédéral	2,3	1,9	2,4	2,4
CSPAAT/WCB1	0,5	0,6	3,1	4,8
Total partiel - Secteur public	**43,4**	**45,1**	**43,7**	**49,2**
Assureurs privés	n. d.	30,5	33,5	29,9
Dépenses personnelles non remboursables	n. d.	24,4	22,8	20,9
Total partiel - Secteur privé	**56,6**	**54,9**	**56,3**	**50,8**
Total – Ensemble des sources	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

1) Les données portant sur 1997 et les années suivantes englobent les dépenses faites par les CSPAAT/WCB de même que par le Fonds de l'assurance-médicaments du Québec.
n. d. : données non disponibles.
Source : ICIS (avril 2002), *Drug Expenditure in Canada, 1985-2001*, et Division de l'économie, Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement.

En 1985, 57 % des dépenses en médicaments de prescription ont été payées par le secteur privé (voir le tableau 7.1). En 2001, la proportion avait baissé à 51 %. En conséquence, la proportion financée par des sources publiques a augmenté progressivement, passant de 43 % à 49 %. Le tableau 7.1 montre également que la proportion totale des médicaments de prescription que les citoyens canadiens ont payés de leur poche a diminué entre 1998 et 2001, passant de 24,4 % à 20,9 %. Ces chiffres révèlent qu'une part croissante des dépenses totales en médicaments de prescription au Canada est payée par les régimes d'assurance-médicaments du secteur public.

Les données de l'ICIS sur les dépenses en médicaments n'incluent pas les médicaments distribués dans les hôpitaux, que l'Institut considère comme des dépenses hospitalières. D'après les estimations fournies par l'ICIS dans son rapport d'avril 2002, les dépenses en médicaments des hôpitaux se sont élevées à 1,1 milliard de dollars en 2001. En outre, la proportion des dépenses hospitalières totales consacrée aux médicaments n'a cessé d'augmenter entre 1985 et 2001, passant de 2,8 % à 3,4 %. L'ICIS fait cependant observer que le taux de croissance des dépenses en médicaments des hôpitaux a été plus lent que celui des dépenses en médicaments faites à l'extérieur des hôpitaux. Bien qu'il ait pu y avoir un déplacement des dépenses des hôpitaux vers la collectivité, l'ICIS fait remarquer qu'il faut effectuer davantage de recherche pour connaître le rapport entre la consommation de médicaments à l'hôpital et la consommation hors de l'hôpital.

Beaucoup d'observateurs s'attendent à ce que le coût des médicaments de prescription consommés à l'extérieur des hôpitaux augmente beaucoup dans les années à venir, et ce pour plusieurs raisons :

- Le coût de la mise au point et de la commercialisation de nouvelles pharmacothérapies a augmenté rapidement à mesure que les sociétés pharmaceutiques s'attaquent à des maladies plus difficiles à soigner et doivent se soumettre à des processus plus rigoureux d'approbation des médicaments partout dans le monde.
- Les progrès scientifiques rapides ont donné lieu à la possibilité d'élaborer de nouveaux médicaments génétiquement personnalisés, applicables à un petit nombre de patients souffrant de maladies dégénératives chroniques, médicaments qui peuvent être à la fois extrêmement efficaces et extrêmement coûteux.
- Bon nombre des nouvelles pharmacothérapies visent à soigner des maladies chroniques traitées à domicile plutôt que des maladies aiguës traitées à l'hôpital.
- Des changements dans la pratique médicale et la nouvelle technologie ont remplacé le traitement en milieu hospitalier par des soins à domicile qui sont maintenant offerts pour plusieurs maladies dont les coûts de pharmacothérapie sont élevés.

Par conséquent, beaucoup de Canadiens doivent aujourd'hui payer des frais élevés de médicaments de prescription, ce qui était impensable il y a quelques années à peine.

7.2 Comparaisons avec d'autres pays

(...) beaucoup de Canadiens doivent aujourd'hui payer des frais élevés de médicaments de prescription, ce qui était impensable il y a quelques années à peine.

En comparaison avec certains pays de l'OCDE, le Canada consacre aux médicaments une forte proportion de ses dépenses totales en soins de santé, venant au deuxième rang en 1998, après le Royaume-Uni. La même année, le Canada s'est classé au quatrième rang pour ce qui est du montant des dépenses en médicaments par habitant, derrière les États-Unis, l'Allemagne et la Suède. Les dépenses en médicaments varient énormément d'un pays à l'autre en fonction de nombreux facteurs, notamment le caractère traditionnel des politiques gouvernementales et les caractéristiques institutionnelles (systèmes de remboursement pour les consommateurs et les fournisseurs, habitudes de prescription, etc.)[187].

[187] Stephane Jacobzone, *Pharmaceutical Policies in OECD Countries: Reconciling Social and Industrial Goals*, étude hors-série nº 40, Politique du marché du travail et politique sociale, OCDE, avril 2000 (www.oecd.org).

TABLEAU 7.2
COUVERTURE DES RÉGIMES PUBLICS D'ASSURANCE POUR LES MÉDICAMENTS DE PRESCRIPTION

	Liste des médicaments admissibles	Partage des coûts
Australie	• La liste nationale des médicaments admissibles contient uniquement les médicaments qui font l'objet d'une évaluation positive quant à la sécurité, à la qualité, à l'efficacité clinique et au rapport coût-efficacité. • Établissement du coût en fonction du produit thérapeutique de référence1.	• Quote-part fixe par ordonnance, sous réserve d'un plafond annuel. La quote-part varie selon le type de bénéficiaire. • Exemptions pour certains segments de la population. • Partage des coûts plus élevé pour les médicaments de marque déposée lorsqu'il existe des médicaments génériques. • Les particuliers doivent payer les médicaments ne figurant pas sur la liste.
Allemagne	• Le gouvernement fédéral tient une « liste négative » contenant les médicaments non admissibles au remboursement par le régime public. • Établissement du coût en fonction du produit thérapeutique de référence1.	• Quote-part fixe par ordonnance. La quote-part varie selon le type de bénéficiaire et l'importance de l'ordonnance.
Pays-Bas	• Liste nationale des médicaments. • Établissement du coût en fonction du produit thérapeutique de référence1.	• Quote-part fixe par ordonnance, sous réserve d'un plafond annuel. La quote-part varie selon le type de bénéficiaire. • Exemptions pour certains segments de la population.
Suède	• Il n'existe pas de liste nationale, mais chaque conseil de comté a sa propre liste. • Tous les médicaments prescrits par les médecins et les hôpitaux sont achetés par un organisme national unique, Apotekbolaget, société d'État propriétaire de toutes les pharmacies de Suède.	• Quote-part fixe par ordonnance, sous réserve d'un plafond annuel. La quote-part varie selon le type de bénéficiaire. • Exemptions pour certains segments de la population.
Royaume-Uni	• Liste nationale des médicaments admissibles sous le régime du NHS. • Il existe aussi une « liste négative » des médicaments qui ne peuvent être prescrits par le NHS à cause de leur piètre valeur thérapeutique ou de leur coût excessif.	• Quote-part fixe par ordonnance. • Exemptions pour certains segments de la population.

1) L'établissement du coût en fonction du produit thérapeutique de référence fait en sorte que le gouvernement ne paie que jusqu'à concurrence du coût d'un médicament à prix abordable qui est interchangeable du point de vue thérapeutique avec le médicament prescrit ou qui en est l'équivalent.
Source : Stephane Jacobzone (avril 2000), *Pharmaceutical Policies in OECD Countries: Reconciling Social and Industrial Goals*, étude hors-série nº 40, Politique du marché du travail et politique sociale, OCDE, avril 2000; Donald Willison et coll., *L'expérience internationale en matière de politique pharmaceutique : défis communs et leçons à tirer pour le Canada*, projet financé par le Fonds pour l'adaptation des services de santé de Santé Canada, 30 avril 2001; Comité sénatorial des affaires sociales (volume trois) et Division de l'économie, Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement.

Par contraste, la part publique des dépenses en médicaments est beaucoup plus faible au Canada et aux États-Unis, ce qui s'explique surtout par le fait que l'ensemble de la population des autres pays bénéficie d'une couverture pour les médicaments de prescription. Par ailleurs, les pays avec lesquels sont comparés le Canada et les États-Unis ont des listes limitant le nombre des médicaments admissibles à la couverture par les régimes d'assurance publics, imposent le partage des coûts (quote-parts, coassurance et franchises) et prévoient des exemptions pour certains groupes de bénéficiaires (voir le tableau 7.2).

7.3 L'assurance pour les médicaments de prescription au Canada[188]

À l'heure actuelle, la protection à l'égard des médicaments de prescription au Canada est offerte au moyen d'un mélange de régimes d'assurance publics et privés, que nous décrivons ci-après.

7.3.1 Régimes publics d'assurance-médicaments

En ce qui a trait aux régimes publics, il convient de noter ce qui suit :

1. Toutes les provinces ont des régimes d'assurance-médicaments qui couvrent presque tous les frais de médicaments des personnes âgées à faible revenu (celles qui touchent le Supplément de revenu garanti, ou SRG), qui forment environ 5 % de la population adulte du Canada. Ainsi, ce groupe est entièrement protégé contre les frais exorbitants de médicaments de prescription. Toutes les provinces sauf Terre-Neuve offrent également cette protection aux personnes âgées mieux nanties.

2. Toutes les provinces ont aussi des régimes qui assurent une protection aux bénéficiaires de l'aide sociale, groupe qui constituait 6,8 % de la population en 2000 et qui, ainsi, se trouve à l'abri des frais exorbitants de médicaments de prescription.

3. Le gouvernement fédéral assume entièrement le coût des médicaments de prescription (et d'autres services de santé) fournis à certaines populations autochtones et à certains anciens combattants. Ces groupes, qui comptent pour environ 2 % de la population canadienne, sont ainsi entièrement protégés contre les frais exorbitants de médicaments de prescription.

4. Les gouvernements de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan, du Manitoba et de l'Ontario ont des régimes d'assurance-médicaments destinés à l'ensemble de la population et qui prévoient un plafond (fondé dans certains cas sur le revenu familial) pour les dépenses personnelles non remboursables.

5. Le Québec prévoit pour tous ses résidents une assurance-médicaments assortie d'un plafond de 750 $ pour les dépenses personnelles non remboursables, qu'il s'agisse des régimes d'assurance de l'employeur ou du régime provincial.

---

[188] Cette section se fonde sur des données fournies par Fraser Group/Tristat Resources : *Drug Expenses Coverage in the Canadian Population: Protection From Severe Drug Expenses*, août 2002. Cette étude a été commandée par l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes, à la demande du Comité.

6. L'Alberta offre à tous ses résidents un régime facultatif d'assurance-médicaments, à base de cotisations, qui assure une couverture étendue pour les médicaments de prescription au bout d'une période d'attente de trois mois.

En somme, un grand nombre de régimes publics d'assurance-médicaments offrent une protection financière importante aux Canadiens qui ont des frais très élevés de médicaments de prescription. Cependant, le gouvernement fédéral ne contribue directement à aucun des régimes provinciaux.

7.3.2 Régimes privés d'assurance-médicaments

Les régimes d'assurance-médicaments du secteur privé contribuent de façon importante à protéger les Canadiens contre les coûts des médicaments de prescription :

1. Ces régimes résultent entièrement de l'initiative de leurs promoteurs, qui sont pour la plupart des employeurs, mais aussi des syndicats, des entités mixtes syndicales-patronales et des établissements d'enseignement. De plus, environ 1 % des Canadiens sont protégés par des polices d'assurance-santé qu'ils ont achetées eux-mêmes.

2. Environ 2,4 millions de Canadiens adhèrent à un régime privé qui couvre la totalité des frais de médicaments de prescription, les protégeant ainsi entièrement contre un fardeau financier excessif attribuable à des coûts pharmaceutiques très élevés. Environ 300 000 autres bénéficient de régimes qui, en combinaison avec un régime public d'assurance-médicaments, leur assurent une couverture totale.

3. Environ 9,7 millions de Canadiens (les 2,4 millions dont nous venons de parler, plus 7,3 millions d'autres, soit au total 55 % des participants aux régimes privés) adhèrent à un régime privé qui prévoit un plafond global pour les dépenses personnelles non remboursables.

4. Les 8,1 millions de Canadiens restants qui souscrivent à un régime privé (45 % des participants aux régimes privés) bénéficient, dans la plupart des cas, d'une protection substantielle, mais incomplète, contre les frais exorbitants de médicaments de prescription.

Dans le volume quatre de son étude, le Comité a évoqué le cas d'un Canadien de la région de l'Atlantique dont la situation illustre bien ce dernier point. Cet homme, bibliothécaire de profession et cotisant pourtant à un bon régime d'assurance de son employeur, doit débourser de sa poche 17 000 $ chaque année pour payer une partie des médicaments dont son épouse a besoin et qui coûtent environ 50 000 $ par année.

Le Comité a entendu parler dernièrement du cas d'un autre résident de la région de l'Atlantique qui souffre d'hypertension artérielle pulmonaire (une maladie parfois mortelle) et dont les médicaments coûtent 100 000 $ par année. Cette personne paie actuellement plus de 4 600 $ par mois (55 000 $ par année) pour sa cotisation d'assurance, le médicament, les instruments nécessaires à la prise du médicament, d'autres médicaments dont elle a besoin et des bonbonnes d'oxygène. L'augmentation prévue de la dose d'ici un an fera passer sa facture mensuelle à environ 5 150 $, soit 61 800 $ par année. Or, les résidents de la province où habite

cette personne ne deviennent admissibles à l'aide gouvernementale qu'une fois épuisées toutes leurs épargnes, y compris leurs REER.

7.3.3 Les caractéristiques des régimes d'assurance et leur incidence sur la protection contre les frais élevés de médicaments

Les régimes d'assurance-médicaments présentent de nombreuses caractéristiques et particularités différentes, mais seulement quatre d'entre elles ont une incidence sur le degré de protection qu'ils offrent contre les frais exorbitants de médicaments. Ce sont la franchise, la quote-part/coassurance, le maximum annuel ou à vie et le plafond appliqué aux dépenses personnelles non remboursables.

La *franchise* est le montant que l'assuré doit payer au départ avant d'avoir droit à un remboursement de son régime d'assurance-médicaments. Elle s'applique normalement à l'année civile ou l'année du régime. La franchise est habituellement un montant fixe, mais certains régimes publics établis par la loi la calculent en fonction du revenu familial. À moins d'être extraordinairement élevée, la franchise a ordinairement une incidence minime sur le degré de protection qu'offre le régime contre les frais exorbitants de médicaments.

La *quote-part* et la *coassurance* sont la partie du coût de chaque ordonnance que doit payer l'assuré. La quote-part représente un montant fixe par ordonnance (p. ex. 5 $), tandis que la coassurance est un pourcentage fixe par ordonnance (p. ex. 5 %). La quote-part peut aussi inclure les frais d'exécution de l'ordonnance (par opposition au coût du médicament lui-même). Comme nous l'avons vu dans l'exemple du bibliothècaire ci-dessus, la quote-part et la coassurance ne protègent pas l'assuré contre les dépenses personnelles très élevées résultant de la consommation prolongée de médicaments très chers.

Le *maximum annuel* ou *à vie* limite à un certain montant le total des dépenses en médicaments de prescription que paiera le régime à l'égard d'un assuré. Ce dernier doit payer de sa poche les frais excédant ce montant. Par exemple, un régime assorti d'un maximum annuel de 5 000 $ ne paiera pas plus que ce montant au cours d'une année donnée. Plus le maximum est élevé, plus grande est la protection. Il est très inhabituel qu'un régime public d'assurance-médicaments impose un maximum. Certains régimes privés le font, mais la plupart offrent une couverture illimitée ou fixent un maximum annuel ou à vie très élevé, par exemple un million de dollars.

Enfin, le *plafond appliqué aux dépenses personnelles non remboursables* est une disposition qui limite le montant total de la franchise, de la quote-part et de la coassurance que devra payer l'assuré au cours d'une année donnée. Il peut s'agir d'un montant fixe (p. ex. 1 500 $) ou d'une proportion du revenu familial (p. ex. 3 %). Beaucoup de régimes, surtout des régimes du secteur privé, ne fixent pas de plafond explicite pour les dépenses personnelles non remboursables. Le plafond appliqué aux dépenses personnelles garantit à l'assuré une protection contre les frais exorbitants de médicaments de prescription. Plus cette limite est basse, plus le degré de protection est élevé.

7.4 Un phénomène nouveau : Les dépenses exorbitantes en médicaments de prescription

Généralement, les répercussions financières directes de l'augmentation des frais de médicaments, que nous décrivons plus haut, sont relativement modestes, car la proportion des dépenses moyennes d'un ménage au titre des médicaments de prescription est faible en termes absolus. Les données de l'ICIS montrent qu'en 1999, les dépenses annuelles par habitant s'élevaient à 331,38 $; de ce montant, l'assuré a payé 75,49 $ de sa poche.

Malgré cela cependant, certains particuliers et certaines familles peuvent dépenser des sommes beaucoup plus élevées et les dépensent effectivement. Il est important de reconnaître que, pour le moment, c'est le cas de relativement peu de gens, mais le Comité croit que le problème justifie un examen attentif, car :

1. Chose la plus importante, certaines personnes portent effectivement un lourd fardeau financier en payant elles-mêmes leurs frais de médicaments, ce qui va à l'encontre de l'objectif fondamental de la politique canadienne de santé, dont nous parlons plus haut.

2. Les personnes qui portent un lourd fardeau financier peuvent abandonner (ou ne pas entreprendre) un traitement nécessitant des médicaments coûteux.

3. Les médecins peuvent admettre un patient à un traitement plus coûteux à l'hôpital de manière à lui éviter les coûts élevés des médicaments de prescription qu'il aurait à payer hors du milieu hospitalier.

4. Les médecins peuvent prescrire, et les patients exiger, des médicaments moins chers mais moins efficaces.

5. Certaines personnes peuvent choisir de demeurer assistées sociales au lieu de chercher un emploi, afin de conserver leur droit à l'assurance-médicaments.

6. Le régime d'assurance-médicaments auquel participe l'assuré peut avoir des déboursés financiers si grands qu'ils amènent le promoteur à limiter ou à abandonner le régime, réduisant ou supprimant ainsi pour tous les participants la protection contre les frais de médicaments. D'autres promoteurs peuvent prendre des mesures préventives afin de réduire le risque financier de coûts exorbitants de médicaments dans leur propre régime.

D'après les calculs de Fraser Group/Tristat Resources, 98 % de la population canadienne bénéficie actuellement de la couverture d'un ou de plusieurs régimes publics et/ou privés d'assurance-médicaments (voir le tableau 7.3). Deux pour cent des Canadiens (environ 600 000 personnes) n'ont absolument aucune couverture pour les

Deux pour cent des Canadiens (environ 600 000 personnes) n'ont absolument aucune couverture pour les médicaments de prescription et doivent assumer eux-mêmes le risque financier que suppose le recours éventuel à des médicaments coûteux.

médicaments de prescription et doivent assumer eux-mêmes le risque financier que suppose le recours éventuel à des médicaments coûteux.

TABLEAU 7.3
PROTECTION DE LA POPULATION CANADIENNE CONTRE LES FRAIS DE MÉDICAMENTS DE PRESCRIPTION

Couverture assurée par	Pourcentage de la population
les régimes publics	53 %
les régimes privés	58 %
les deux types de régimes	13 %
Aucune couverture	2 %

Source : Fraser Group/Tristat Resources, Drug Expense Coverage in the Canadian Population: Protection From Severe Drug Expenses, août 2002, p. 11.

La firme Fraser Group/Tristat Resources a également analysé les variations par province des niveaux actuels de protection contre les frais élevés de médicaments. Les tableaux 7.4 et 7.5 indiquent le pourcentage de résidents de chaque province qui auraient à payer telles ou telles dépenses personnelles non remboursables si leurs frais totaux de médicaments de prescription s'élevaient à 5 000 $ (tableau 7.4) ou à 20 000 $ (tableau 7.5). Dans chaque tableau, la population de la province est divisée en quatre groupes, selon le montant à payer de sa poche : a) les personnes qui paieraient jusqu'à 750 $; b) celles qui paieraient entre 751 $ et 2 000 $; c) celles qui paieraient plus de 2 000 $; d) celles qui ne bénéficient d'aucune protection.

Par exemple, le tableau 7.4 indique que 70 % des résidents de la Colombie-Britannique dont les frais de médicaments de prescription se chiffrent à 5 000 $ ne paient pas plus de 750 $ de leurs poches, alors que les 30 % restants de la population de la province paient entre 751 $ et 2 000 $. À Terre-Neuve, seulement 48 % des résidents qui ont eu des frais de médicaments de 5 000 $ paient jusqu'à 750 $ de leurs poches, alors que 24 % de la population de la province paient entre 751 $ et 2 000 $. Cependant, 28 % des Terre-Neuviens ne bénéficient d'aucune protection et doivent donc payer la somme totale de 5000 $.

Dans le cas des personnes dont les frais de médicaments s'élèvent à 20 000 $ (tableau 7.5), les pourcentages de résidents de la Colombie-Britannique qui ont à payer telles ou telles dépenses personnelles non remboursables sont les mêmes. À Terre-Neuve, 48 % de la population ne paient encore que jusqu'à 750 $, et les mêmes 28 % des résidents ne bénéficient d'aucune protection et doivent donc payer la somme totale de 20 000 $. Les 24 % de la population qui payaient entre 751 $ et 2 000 $ lorsque leurs frais de médicaments se chiffraient à 5 000 $ doivent maintenant débourser plus de 2 000 $.

Il est frappant de voir qu'une proportion importante des résidents de la région de l'Atlantique ne bénéficie encore d'aucune protection, mais les tableaux indiquent aussi que les dépenses personnelles non remboursables varient beaucoup entre les provinces qui offrent des régimes d'assurance à l'ensemble de la population. C'est au Québec que les niveaux de protection varient le moins, puis en Colombie-Britannique, au Manitoba et en Saskatchewan.

TABLEAU 7.4
DÉPENSES PERSONNELLES NON REMBOURSABLES DES PERSONNES DONT LES FRAIS DE MÉDICAMENTS DE PRESCRIPTION S'ÉLÈVENT À 5000 $ (POURCENTAGE DE LA POPULATION)

	Jusqu'à 750$	751 $ - 2 000 $	Plus de 2 000 $	Aucune protection	Total
C.-B.	70 %	30 %	0 %	0 %	100 %
ALB.	43 %	57 %	0 %	0 %	100 %
SASK.	68 %	24 %	8 %	0 %	100 %
MAN.	84 %	13 %	3 %	0 %.	100 %
ONT.	70 %	25 %	5 %	0 %	100 %
QUÉBEC	100 %	0 %	0 %	0 %	100 %
N.-B.	45 %	28 %	0 %	27 %	100 %
N.-É.	47 %	29 %	O %	24 %	100 %
Î.-P.-É.	48 %	25 %	0 %	27 %	100 %
T.-N.	48 %	24 %	0 %	28 %	100 %
Canada	**73 %**	**23 %**	**2 %**	**2 %**	**100 %**

TABLEAU 7.5
DÉPENSES PERSONNELLES NON REMBOURSABLES DES PERSONNES DONT LES FRAIS DE MÉDICAMENTS DE PRESCRIPTION S'ÉLÈVENT À 20 000 $ (POURCENTAGE DE LA POPULATION)

	Jusqu'à 750$	751 $ - 2 000 $	Plus de 2 000 $	Aucune protection	Total
C.-B.	70 %	30 %	0 %	0 %	100 %
ALB.	43 %	0 %	57 %	0 %	100 %
SASK.	67 %	25 %	8 %	0 %	100 %
MAN.	84 %	13 %	3 %	0 %	100 %
ONT.	70 %	12 %	18 %	0 %	100 %
QUÉBEC	100 %	0 %	0 %	0 %	100 %
N.-B.	45 %	0 %	28 %	27 %	100 %
N.-É.	47 %	0 %	29 %	24 %	100 %
Î.-P.-É.	48 %	0 %	25 %	27 %	100 %
T.-N.	48 %	0 %	24 %	28 %	100 %
Canada	**73 %**	**20 %**	**5 %**	**2 %**	**100 %**

Source : Fraser Group/Tristat Resources, Drug Expense Coverage in the Canadian Population : Protection From Severe Drug Expenses, août 2002, p. 48-49.

Des données provenant toujours de Fraser Group/Tristat Resources révèlent également que la couverture dont bénéficient la grande majorité des Canadiens (89 %) prévoit un plafond protecteur pour les dépenses personnelles non remboursables, quelle que soit l'importance des frais de médicaments de prescription. Cependant, 9 % de la population canadienne participe à des régimes d'assurance-médicaments dépourvus d'un tel plafond

protecteur, régimes qui imposent des quote-parts ou limitent le remboursement. Pour ces personnes, les dépenses personnelles non remboursables s'accroissent à mesure qu'augmentent les frais de médicaments.

Au total, 11 % des Canadiens courent un risque important d'éprouver de graves difficultés financières parce qu'ils devront payer de leur poche des frais élevés de médicaments de prescription. Le tableau 7.6 montre les dépenses personnelles non remboursables d'une personne ayant besoin de médicaments de prescription qui coûtent 20 000 $ par année[189].

TABLEAU 7.6

Type de régime d'assurance	Paramètres du régime		Dépenses personnelles non remboursables ($)
	Franchise	Quote-part	
Régimes ordinaires de prestations aux employés	0	0	0
Aide sociale dans beaucoup de provinces	0	0	0
SSNA (Affaires indiennes)	0	0	0
Autre régime ordinaire de prestations aux employés	25 $	0	25 $
Alberta Seniors Plan	0	30 %, sans dépasser 25 $ par ordonnance	Environ 900 $ (en supposant 3 ordonnances par mois)
RAMQ (Québec), pour les personnes de moins de 65 ans	100 $	25 % de dépenses personnelles non remboursables (limite de 750 $)	750 $
Régime d'assurance-médicaments de la Colombie-Britannique	800 $	0	800 $
Programme de médicaments Trillium de l'Ontario (pour un revenu familial de 60 000 $)	4 % du revenu familial rajusté		2 400 $
Régime ordinaire de prestations aux employés le plus courant	0	20 %	4 000 $
Régime de la fonction publique fédérale	60 $	20 %	4 048 $
Programme pour assurés ne faisant partie d'aucun groupe en Alberta	0	30 %	6 000 $
Aucune protection	n. d.	n. d.	20 000 $

Dans une analyse distincte des données relatives aux demandes de remboursement d'un grand nombre de régimes d'assurance-médicaments offerts par l'employeur

[189] Bien que cela ne se produise pas couramment, environ 4 000 participants à des régimes privés ont dépassé ce montant en 2000. Nous ne disposons pas d'un chiffre comparable pour les régimes publics.

(environ la moitié de tous les régimes au Canada), la recherche présentée au Comité a révélé que, pour l'année 2000 :

- Quelques personnes ont eu des frais de médicaments dépassant 200 000 $.
- Environ un assuré sur 1 000 a eu des frais médicaux personnels (en sus de l'assurance-santé) dépassant 10 000 $. Il s'agissait en grande majorité de frais de médicaments de prescription.

D'après ces données, on estime qu'environ trois personnes sur 1 000 participant à des régimes privés, soit environ 53 000, ont eu des frais de médicaments dépassant 5 000 $ en 2000.

Selon des données publiées émanant du Programme de médicaments de l'Ontario, la fréquence des frais de médicaments excédant 5 000 $ peut être plusieurs fois supérieure (entre 10 et 20 personnes sur 1 000) dans le cadre de régimes publics couvrant les personnes âgées et les personnes incapables de travailler. Cela n'est pas particulièrement étonnant puisque les régimes publics couvrent toutes les personnes âgées, qui forment le groupe d'âge le plus susceptible de faire une forte consommation de médicaments de prescription.

On peut donc dire avec une certaine assurance que plus de 100 000 Canadiens ont chaque année des frais de médicaments dépassant 5 000 $, et il est presque certain que ce nombre augmentera dans les années à venir.

On peut donc dire avec une certaine assurance que plus de 100 000 Canadiens ont chaque année des frais de médicaments dépassant 5 000 $, et il est presque certain que ce nombre augmentera dans les années à venir. Le paiement de ces lourdes dépenses – c'est-à-dire la part payée par un régime d'assurance privé, celle payée par un régime d'assurance public et celle payée par le consommateur lui-même – variera évidemment d'une personne à l'autre.

7.5 Protéger les Canadiens contre les frais exorbitants de médicaments de prescription

En proposant d'élargir le rôle du gouvernement fédéral dans le domaine de la santé de façon à inclure la protection contre les dépenses élevées ou « exorbitantes » en médicaments de prescription, le Comité vise deux objectifs.

Tout d'abord, il veut faire en sorte qu'aucun particulier, ni aucune famille au Canada n'ait à supporter un fardeau financier excessif parce qu'il doit payer la totalité ou même une fraction importante des coûts d'un traitement extrêmement long et/ou coûteux faisant appel à des médicaments de prescription. Voilà qui est tout à fait conforme aux objectifs fondamentaux sur lesquels repose le régime public d'assurance-santé au Canada.

Ensuite, le Comité veut créer les conditions nécessaires pour assurer la viabilité à long terme des régimes actuels d'assurance-médicaments et des régimes d'assurance-médicaments complémentaire, tant publics que privés, devant la montée en flèche des coûts des médicaments de prescription et l'avènement prévu de pharmacothérapies de plus en plus coûteuses et efficaces.

Le régime que propose le Comité s'inspire donc des régimes provinciaux d'assurance-médicaments et des régimes privés d'assurance-médicaments complémentaire qui existent déjà au Canada; il ne les remplace pas. Le Comité entend donc présenter un programme réalisable et réaliste qui permettra d'injecter des fonds fédéraux nouveaux pour élargir la couverture actuelle de façon à protéger les Canadiens contre un fardeau financier excessif résultant de dépenses élevées ou exorbitantes en médicaments de prescription.

Plus précisément, le Comité propose que le gouvernement fédéral assume la responsabilité de 90 % des frais de médicaments de prescription dépassant un seuil au-delà duquel ils deviennent « exorbitants ». Le gouvernement fédéral devrait établir des critères et des conditions auxquels les régimes privés et les régimes publics des provinces et territoires devraient répondre pour être admissibles à l'aide fédérale. En échange, il assumerait 90 % de ce qu'il en coûte pour protéger les particuliers et les familles contre les frais exorbitants de médicaments. Afin d'assurer une couverture uniforme partout au Canada et de contrôler l'admissibilité des médicaments dans le cadre du régime, il sera également nécessaire d'établir liste nationale des médicaments admissibles (voir la section 7.6 plus loin).

Plus précisément, le Comité propose que le gouvernement fédéral assume la responsabilité de 90 % des frais de médicaments de prescription dépassant un seuil au-delà duquel ils deviennent « exorbitants ».

Le Comité reconnaît que les paramètres définitifs du régime d'assurance contre les dépenses exorbitantes en médicaments de prescription devront être arrêtés lors de négociations entre toutes les parties concernées : le gouvernement fédéral, les gouvernements provinciaux et territoriaux, les promoteurs des régimes privés d'assurance-médicaments complémentaire et les assureurs. Il est cependant d'avis que le profil général du régime qu'il propose forme un cadre de mise en oeuvre à la fois réaliste et acceptable.

Afin d'assurer une couverture uniforme partout au Canada et de contrôler l'admissibilité des médicaments dans le cadre du régime, il sera également nécessaire d'établir une liste nationale des médicaments admissibles.

7.5.1 Comment fonctionnerait le régime

Pour avoir droit à l'aide fédérale, il faudrait que les provinces et les territoires mettent en place un régime garantissant que les résidents n'auront jamais à payer de leur poche plus de 3 % de leur revenu familial pour acheter des médicaments de prescription. En d'autres mots, un plafond de 3 % du revenu familial serait appliqué aux dépenses personnelles non remboursables des familles de la province ou du territoire au titre des médicaments de prescription. Le gouvernement fédéral accepterait de payer 90 % des frais dépassant 5 000 $ dans le cas de personnes dont le total combiné des dépenses personnelles non

Pour avoir droit à l'aide fédérale, il faudrait que les provinces et les territoires mettent en place un régime garantissant que les résidents n'auront jamais à payer de leur poche plus de 3 % de leur revenu familial pour acheter des médicaments de prescription.

remboursables et de la contribution provinciale à laquelle elles avaient droit est supérieur à 5 000 $ au cours d'une année. Ainsi, les provinces et les territoires participants n'auraient à payer que 10 % des coûts supérieurs à 5 000 $ dans le cas des familles dont les frais sont exorbitants (c'est-à-dire ceux dont le total des frais de médicaments dépassent 5 000 $ pour l'année).

Pour avoir droit à l'aide fédérale, il faudrait que les promoteurs des régimes privés d'assurance complémentaire pour les médicaments de prescription garantissent qu'aucun participant n'aura à payer de sa poche plus de 1 500 $ par année. En d'autres termes, dans le cas des régimes privés, les coûts que les participants auraient à payer de leur poche seraient plafonnés à 1 500 $ pour une année donnée. Pour les régimes qui respectent ce critère, le gouvernement fédéral s'engagerait à payer 90 % des coûts de médicaments de prescription dépassant 5 000 $ à l'égard des participants dont le total des frais de médicaments de prescription s'élève à plus de 5 000 $ par année, les régimes privés assument les 10 % restantes. Ainsi, les dépenses personnelles non remboursables de chaque participant seraient plafonnées à 3 % de son revenu familial ou à 1 500 $, selon le plus petit des deux montants.

Pour avoir droit à l'aide fédérale, il faudrait que les promoteurs des régimes privés d'assurance-médicaments complémentaire garantissent qu'aucun participant n'aura à payer de sa poche plus de 1 500 $ par année pour acheter des médicaments de prescription. [...] Les régimes privés d'assurance-médicaments complémentaire conserveraient la responsabilité des frais de médicaments jusqu'à concurrence de 5 000 $.

Les régimes privés d'assurance-médicaments complémentaire conserveraient la responsabilité des frais de médicaments jusqu'à concurrence de 5 000 $ et seraient fortement encouragés à mettre en place une caisse commune pour s'aider les uns les autres à absorber les coûts se situant entre 1 500 $ et 5 000 $. Bien entendu, les promoteurs de régimes privés pourraient offrir des avantages et des améliorations additionnels allant au-delà des exigences minimales nécessaires pour être admissible à l'aide fédérale.

Le nouveau régime visant à protéger les familles et les particuliers canadiens contre les conséquences de frais très élevés de médicaments de prescription ferait en sorte que personne ne serait obligé de consacrer plus de 3 % de son revenu familial à l'achat de médicaments de prescription. Les adhérents aux régimes privés qui participent au programme fédéral ne paieraient jamais plus de 1 500 $ ou 3 % de leur revenu familial au titre de médicaments de prescription, selon le moins élevé des deux montants. Suivant que la personne est membre ou non d'un régime privé, la première tranche de 5 000 $ de ses frais de médicaments de prescription serait payée grâce à une combinaison de dépenses personnelles non remboursables, d'assurance publique et d'assurance privée. Le gouvernement fédéral paierait 90 % des frais de médicaments de prescription d'une personne qui dépassent 5 000 $ au cours d'une année donnée, et un régime provincial ou un régime privé d'assurance complémentaire assumerait les 10 % restants.

Pour comprendre comment fonctionnerait concrètement ce programme, voyons l'exemple suivant. Comparons trois personnes qui dépensent chacune 10 000 $ en médicaments de prescription au cours d'une année donnée. Jeanne gagne 60 000 $ par année. Robert en gagne 30 000 $. Jeanne et Robert souscrivent tous deux à des régimes privés d'assurance-médicaments

complémentaire qui répondent au critère fédéral d'admissibilité à la couverture pour dépenses exorbitantes en médicaments de prescription. La troisième personne, Anne, travaille à son compte et gagne elle aussi 60 000 $ par année, mais elle n'adhère pas à un régime privé d'assurance-médicaments complémentaire. Ces trois personnes vivent dans une province qui participe au programme fédéral.

Pour sa part, Anne, aurait recours au régime provincial d'assurance-médicaments. Comme 3 % de son revenu se chiffre à 1 800 $, elle aurait droit à un remboursement de 8 200 $ du régime provincial pour payer ses dépenses totales de 10 000 $.

Quant à Robert, ses dépenses personnelles non remboursables seraient limitées à 1 500 $ en vertu de son régime privé d'assurance-médicaments complémentaire. Mais comme 3 % de son revenu se chiffre à seulement 900 $, il aurait droit à un remboursement de 600 $ de son régime d'assurance, de manière que le total des frais payés de sa poche ne dépassent pas 3 % de son revenu[190].

Dans le cas de Jeanne, les dépenses à payer de sa poche seraient, comme pour Robert, limitées à 1 500 $ en vertu de son régime privé d'assurance complémentaire. Mais comme 3 % de son revenu (1 800 $) représente un montant plus élevé que ses dépenses personnelles non remboursables (1 500 $), elle n'aurait droit à aucune aide additionnelle.

Supposons maintenant que Jeanne et Robert se marient. Leurs dépenses personnelles en médicaments de prescription s'élèvent toujours à 10 000 $ par année, soit 20 000 $ au total pour les deux. Leur revenu familial est maintenant 90 000 $ (60 000 $ + 30 000 $). Leur régime privé d'assurance-médicaments complémentaire limite le montant des dépenses personnelles non-remboursables à 1 500 $ chacun, soit 3 000 $ au total pour les deux. Toutefois, comme la part correspondant à 3 % de leur revenu familial n'est plus que 2 700 $, Robert et Jeanne ont droit à un remboursement de 300 $ du gouvernement provincial.

La contribution du gouvernement fédéral serait versée soit aux provinces, soit aux régimes privés d'assurance complémentaire, mais pas directement aux particuliers. Les versements seraient effectués à des intervalles réguliers établis à l'avance (chaque trimestre, chaque semestre ou chaque année) et les demandes de remboursement seraient évidemment soumises à une vérification périodique pour s'assurer qu'elles correspondent à des dépenses réelles.

7.5.2 Avantages du régime proposé

Prises ensemble, ces mesures assureraient une protection efficace contre les frais exorbitants de médicaments de prescription pour tous les Canadiens et offriraient des avantages additionnels aux personnes à faible revenu en plafonnant les dépenses personnelles non remboursables à 3 % du revenu familial. Le régime proposé comporte également des incitatifs pour encourager les gouvernements provinciaux et territoriaux et les promoteurs des régimes privés d'assurance complémentaire à participer.

---

[190] Notons qu'il serait possible de mettre au point des modalités de paiement pour permettre aux personnes qui ne sont pas en mesure d'attendre le remboursement du gouvernement à la fin de l'année de bénéficier d'un crédit sur le lieu de vente, ou quelque autre mécanisme similaire pour réduire à une limite raisonnable les dépenses payées de leur poche.

Pour les provinces et les territoires, le régime que propose le Comité est structuré de façon que le gouvernement fédéral fournira une aide financière pour une partie de la couverture que les provinces et les territoires offrent tous déjà, par exemple le paiement des coûts exorbitants de médicaments de prescription que doivent acheter les personnes âgées et les assistés sociaux. La contribution fédérale libérerait par conséquent des fonds provinciaux et permettrait aux provinces d'apporter les améliorations nécessaires à leurs régimes d'assurance-médicaments afin de mettre en oeuvre la garantie qu'aucun résident n'aura à payer de sa poche plus de 3 % de son revenu. De plus, la contribution fédérale se trouve à transposer des provinces au gouvernement fédéral l'obligation de faire face à l'incidence croissante des frais de médicaments très élevés (exorbitants) attribuables à la montée en flèche des coûts des médicaments eux-mêmes et à l'apparition de nouvelles pharmacothérapies plus perfectionnées et particulièrement coûteuses.

Ainsi, même les provinces et les territoires qui n'offrent pas actuellement de protection contre les frais exorbitants de médicaments aux travailleurs de moins de 65 ans (et qui pourraient également avoir du mal à participer à un programme fédéral à frais partagés ordinaire parce qu'ils n'ont pas l'argent nécessaire pour égaler la contribution fédérale) sont susceptibles de tirer un avantage financier suffisant de ce programme pour leur permettre de répondre au critère d'admissibilité fédéral. Cela constituerait bien sûr un net progrès pour les Canadiens qui ne bénéficient actuellement d'aucune protection contre les frais exorbitants de médicaments de prescription (au nombre d'environ 600 000).

Cela constituerait bien sûr un net progrès pour les Canadiens qui ne bénéficient actuellement d'aucune protection contre les frais exorbitants de médicaments de prescription (au nombre d'environ 600 000).

La proposition du Comité contribuerait également à assurer la viabilité à long terme des régimes privés d'assurance-médicaments complémentaire qui accepteraient de plafonner à 1 500 $ par année les dépenses personnelles non remboursables des participants. Elle éliminerait aussi le spectre de l'extrême volatilité des coûts du régime résultant des dépenses exorbitantes en médicaments. De plus, les promoteurs potentiels qui hésitaient dans le passé à mettre sur pied des régimes d'assurance-médicaments de prescription complémentaire de crainte d'avoir à absorber des coûts pharmaceutiques exorbitants seront peut-être dorénavant plus enclins à le faire. Cet avantage est particulièrement important dans le cas des nouvelles PME, car celles-ci pourraient offrir à leurs futurs employés des ensembles d'avantages sociaux plus compétitifs que cela n'aurait été possible autrement.

7.5.3 Combien coûterait le régime?

On estime que la mise en oeuvre de cette mesure fédérale, visant à protéger tous les Canadiens contre les frais exorbitants de médicaments de prescription, coûterait environ 500 millions de dollars par année. À la demande du Comité, cette estimation a été établie à l'aide d'un modèle de micro-simulation à grande échelle de la couverture nationale pour les médicaments de prescription, modèle élaboré par Fraser Group/Tristat Resources, chercheurs qui ont effectué plusieurs études importantes sur l'assurance-médicaments au Canada. Leur étude la plus récente, *Drug Expense Coverage in the Canadian Population: Protection from Severe Drug Expenses*, a été présentée au Comité sénatorial le 12 juin 2002.

Le modèle élaboré par Fraser Group/Tristat Resources est fondé sur quatre fichiers de données de base :

- L'échantillon d'environ 60 000 ménages canadiens utilisé pour l'Enquête sur la dynamique du travail et du revenu (EDTR) de Statistique Canada fournit les caractéristiques démographiques de base.
- L'Enquête sur les horaires et les conditions de travail de Statistique Canada sert à établir l'état de la protection complémentaire à l'assurance-médicaments.
- Le fichier des paramètres des régimes d'assurance-médicaments, qui établit les conditions des régimes publics et des régimes privés, a été élaboré à partir d'une analyse des dispositions des régimes publics et des dossiers de 80 000 régimes offerts par l'employeur.
- Le fichier des besoins en médicaments, renfermant les moyennes annuelles des dépenses en médicaments calculées selon les groupes d'âge et le sexe de même que la distribution théorique selon la taille des dépenses, se fonde sur une analyse des demandes de remboursement présentées aux régimes d'assurance-médicaments complémentaire ainsi que sur des données publiées par certains régimes publics.

L'ensemble du modèle est équilibré à l'aide de normes globales découlant de macro-statistiques fournies par l'Institut canadien d'information sur la santé pour l'année 2000, rajustées pour tenir compte des caractéristiques de la base de sondage utilisée par Statistique Canada.

Le Comité a ajouté aux résultats bruts du modèle un coussin additionnel afin de fournir une estimation prudente et solide qui, croyons-nous, surestime quelque peu les coûts probables.

7.5.4 Proposition du Comité relative à un régime d'assurance contre les frais exorbitants de médicaments de prescription

En résumé, donc, le Comité recommande :

Que le gouvernement fédéral mette en place un programme visant à protéger les Canadiens contre les dépenses exorbitantes en médicaments de prescription.

Pour tous les régimes admissibles, le gouvernement fédéral accepterait de payer :

- **90 % des dépenses en médicaments de prescription dépassant 5 000 $ dans le cas des personnes dont le total combiné des dépenses personnelles non remboursables et de la contribution de la province ou du territoire à leur égard est supérieur à 5 000 $ au cours d'une année;**

- **90 % des dépenses en médicaments de prescription dépassant 5 000 $ dans le cas des participants à un régime privé d'assurance-médicaments complémentaire dont le total combiné des dépenses personnelles non remboursables et de la contribution du régime d'assurance privé à leur égard est supérieur à 5 000 $ au cours d'une année.**
- **Les 10 % restants seraient assumés par un régime provincial/territorial ou par un régime privé complémentaire.**

Pour être admissibles à ce programme fédéral :

- **les provinces et les territoires devront mettre en place un programme garantissant qu'aucune famille n'aura à payer de sa poche plus de 3 % de son revenu familial pour acheter des médicaments de prescription;**
- **les promoteurs des régimes privés d'assurance-médicaments complémentaire existants devront garantir qu'aucun participant n'aura à payer de sa poche plus de 1 500 $ par année; ainsi, les dépenses personnelles non remboursables de chaque participant seraient plafonnées à 3 % de son revenu familial ou à 1 500 $, selon le moins élevé des deux montants.**

7.6 Nécessité d'une liste nationale des médicaments admissibles

Bien entendu, le Comité reconnaît qu'il faudra établir une liste nationale des médicaments admissibles si l'on veut mettre en oeuvre un régime visant à protéger les familles et les particuliers canadiens, de façon uniforme et équitable partout au Canada, contre les dépenses exorbitantes en médicaments de prescription. L'idée d'une liste nationale a été évoquée plusieurs fois au cours de l'étude du Comité.

Il s'agit d'une liste des médicaments de prescription fournis en vertu d'un régime public d'assurance-médicaments. Le terme « national ». ne signifie pas que le gouvernement fédéral serait la seule instance chargée de déterminer les médicaments de prescription qui y figureraient. Au contraire, la liste serait le fruit de la collaboration du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux et territoriaux, avec le concours d'autres intervenants intéressés.

Comme le Comité le fait observer dans le volume quatre de son étude, une liste nationale des médicaments admissibles présenterait les avantages suivants :

- elle éliminerait la possibilité qu'une province se sente obligée d'ajouter un médicament à sa liste parce qu'une autre province l'a déjà fait;

- elle accroîtrait la capacité d'effectuer et de diffuser à l'échelle nationale les recherches nécessaires pour démontrer que les avantages d'un médicament nouveau (et plus cher) constituent vraiment un progrès important par comparaison à des médicaments existants (et moins chers)[191].

La création d'une liste nationale des médicaments admissibles pourrait conduire à la création d'un organisme acheteur unique qui servirait tous les gouvernements provinciaux et territoriaux et le gouvernement fédéral. Le pouvoir d'achat d'un tel organisme serait colossal, ce qui aiderait probablement les régimes publics à obtenir les meilleurs prix possibles auprès des sociétés pharmaceutiques.

Puisque l'objectif est de protéger les Canadiens contre les frais exorbitants de médicaments de prescription, une liste nationale des médicaments admissibles permettrait d'accorder à tous les Canadiens une protection uniforme et un accès comparable aux médicaments où qu'ils habitent. Elle permettrait aussi à ceux qui financent le régime d'exercer un contrôle sur les médicaments admissibles. Le Comité juge essentiel que le gouvernement fédéral soit présent à la table quand les décisions se prendront, puisqu'il paiera 90 % des coûts. De plus, comme les coûts des nouvelles pharmacothérapies risquent d'augmenter de façon exponentielle, ceux qui financent le régime devront s'entendre sur les médicaments qui seront couverts. Le Comité recommande par conséquent :

Que le gouvernement fédéral travaille en étroite collaboration avec les provinces et les territoires afin d'établir une liste nationale unique des médicaments admissibles.

[191] Volume quatre, p. 75-76.

CHAPITRE HUIT

ÉLARGIR LA COUVERTURE POUR INCLURE LES SOINS ACTIFS À DOMICILE

8.1 Bref aperçu des principaux points relevés dans les volumes deux et quatre à propos des soins à domicile

Les dépenses au titre des soins à domicile au Canada (dans les secteurs public et privé) on sans cease augmenté au cours des vingt dernières années (voir les graphiques 8.1 et 8.2). Dans ses rapports précédents, le Comité a noté qu'aucun consensus ne se dégage à propos des services à inclure dans la définition des soins à domicile. Ils peuvent comprendre certains soins de courte durée tels que l'intraveinothérapie et la dialyse, les soins de longue durée aux personnes atteintes d'affections dégénératives telles que la maladie d'Alzheimer ou des incapacités chroniques physiques ou mentales, et les soins de fin de vie pour les personnes en phase terminale. Outre les soins de santé, les soins à domicile peuvent inclure les services sociaux de soutien tels la surveillance, l'aide ménagère, les conseils nutritionnels et la préparation de repas. Les soins à domicile couvrent donc un large spectre de soins.

Les fournisseurs de soins à domicile se répartissent en deux groupes : les soignants professionnels – infirmières, thérapeutes et préposés au soutien personnel – et les aidants naturels – généralement des membres de la famille ou des amis. L'enquête 1998-1999 sur la santé de la population a révélé que la plupart des personnes ayant besoin de soins à domicile en raison du vieillissement, d'une incapacité ou d'une maladie chronique, n'ont reçu aucune aide des services de santé publics. Entre 80 et 90 % de la totalité des soins à domicile sont prodigués sans rémunération. L'enquête n'indique pas dans quelle mesure les services non financés par les fonds publics ont été payés de source privée, ou quels besoins ont été comblés par des aidants naturels ou sont demeurés insatisfaits.

La satisfaction des besoins de soins à domicile deviendra un problème croissant à mesure que les baby-boomers vieillissent, qu'augmente l'espérance de vie, que les soins sont désinstitutionnalisés et gagnent en complexité technologique et que les régimes de travail et les modèles sociaux réduisent la possibilité que des membres de la famille puissent offrir des soins en tant qu'aidants naturels.

La satisfaction des besoins de soins à domicile deviendra un problème croissant à mesure que les baby-boomers vieillissent, qu'augmente l'espérance de vie, que les soins sont désinstitutionnalisés et gagnent en complexité technologique et que les régimes de travail et les modèles sociaux réduisent la possibilité que des membres de la famille puissent offrir des soins en tant qu'aidants naturels. Le Comité a été informé que les soins à domicile peuvent remplir plusieurs fonctions, notamment :

- ils remplacent les services fournis par les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée;

- ils permettent au client de demeurer dans son environnement, généralement son domicile, ce qui lui évite de déménager dans un nouvel endroit souvent plus dispendieux, tel un établissement de soins de longue durée;
- ils préviennent la dépendance, surtout par la surveillance qu'ils assurent, au prix d'un coût supplémentaire à court terme mais moins élevé à long terme.

Selon de nombreux témoins, lorsque les soins à domicile remplacent les soins de courte durée (habituellement en milieu hospitalier), ils devraient être considérés comme des soins de courte durée fournis dans un autre cadre et, par conséquent, tomber sous le régime de la *Loi canadienne sur la santé.*

Actuellement, chaque province ou territoire offre un éventail de soins à domicile, mais ceux-ci ne sont pas considérés comme services « médicalement nécessaires » aux termes de la *Loi canadienne sur la santé.* Par conséquent, les programmes publics de soins à domicile varient considérablement d'un bout à l'autre du pays en ce qui concerne l'admissibilité, l'étendue de la couverture et les frais d'utilisation. Bien que les services de soins à domicile fournis aient augmenté dans la plupart des provinces au cours des dernières années, les dépenses publiques en soins à domicile constituent toujours une faible proportion du budget global des soins de santé des provinces.

Des études récentes indiquent que les soins à domicile sont souvent économiques; toutefois, dans bien des cas, les soins en établissement demeurent plus efficients, particulièrement pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Bien entendu, il est toujours plus commode pour les fournisseurs de soins de santé d'offrir les soins en établissement.

Toutefois, le coût des services et la facilité de prestation ne sont pas les seuls facteurs dont il faut tenir compte : bien des gens préféreront recevoir des soins à domicile, dans la mesure du possible, plutôt qu'en établissement.

Dans le volume quatre (section 8.10), le Comité propose quatre solutions pour la contribution fédérale au financement des soins à domicile.

1. *Programme national de soins à domicile*

En vertu de cette solution, le gouvernement fédéral augmente ses paiements de transfert afin d'aider les provinces et les territoires à élaborer des programmes de soins à domicile sur leur territoire. Le gouvernement fédéral travaille en étroite collaboration avec les provinces et les territoires pour élaborer des normes nationales de soins à domicile, condition absolument essentielle si l'on veut que les soins à domicile fassent partie du système canadien de soins de santé.

2. *Crédit d'impôt et déduction fiscale pour les consommateurs de soins à domicile*

Le gouvernement fédéral pourrait accroître l'aide financière aux consommateurs de soins à domicile grâce à des changements fiscaux, pouvant s'ajouter aux prestations fiscales existantes. Ou alors, il pourrait créer des nouvelles mesures fiscales afin d'encourager les gens à épargner en prévision des soins à long terme dont ils auront besoin.

3. Créer une caisse d'assurance pour les soins à domicile

La création d'une caisse d'assurance capitalisée réservée à cette fin, sur le modèle proposé par la Commission Clair au Québec, permettrait d'offrir les soins à domicile sous forme de prestations en nature ou de paiements.

4. Mesures spécifiques destinées aux aidants naturels

La réduction des services aux malades hospitalisés a alourdi le fardeau des membres de la famille et des amis des patients. Actuellement, plus de trois millions de Canadiens – principalement des femmes – soignent des membres malades de leur famille, à la maison, sans être rémunérés. La solution présentée en rubrique augmenterait l'aide financière apportée aux aidants naturels au Canada : le Régime de pensions du Canada (RPC) et les programmes d'assurance-emploi soutiendraient les personnes qui quittent temporairement le marché du travail pour prodiguer des soins à un proche.

8.2 Autres options

Ces options étaient centrées sur la participation du gouvernement fédéral aux trois aspects des soins à domicile (substitution, maintien et prévention). Dans le volume cinq, le Comité a abordé, comme seul élément, l'élaboration d'une infostructure nationale de la santé et la nécessité d'investir dans les télésoins à domicile. Il y a aussi annoncé son intention de produire une étude thématique sur la question des soins à domicile prochainement.

Par la suite, le Comité a entendu des témoins souligner l'importance d'envisager l'élaboration d'une stratégie nationale de soins à domicile en étapes, en abordant d'abord les soins à domicile en tant que remplacement des soins de courte durée.

En 1999[192], Santé Canada a montré qu'à l'échelle nationale, le tiers des personnes recevant des soins à domicile présentent des besoins de courte durée et que les deux tiers utilisent des services à long terme (tableau 1). Ceux-ci reçoivent des soins prolongés tandis que le premier groupe reçoit des soins actifs à domicile, généralement pour une courte période suivant l'hospitalisation. Les transformations qu'a subies récemment le milieu hospitalier en raison des fermetures et des fusions, des réductions marquées des durées de séjour et de la modification radicale de la taille et de la fonction des hôpitaux ont accru la proportion de soins à domicile puisqu'elles ont augmenté les soins actifs à domicile après une hospitalisation.

Les transformations qu'a subies récemment le milieu hospitalier en raison des fermetures et des fusions, des réductions marquées des durées de séjour et de la modification radicale de la taille et de la fonction des hôpitaux ont accru la proportion de soins à domicile, puisqu'elles ont augmenté les soins actifs à domicile après une hospitalisation.

Les soins à domicile ne sont plus réservés aux personnes âgées. Quarante-cinq pour cent des consommateurs de soins à domicile en Ontario ont moins de 65 ans, et quinze

[192] *Programmes provinciaux et territoriaux de soins à domicile : Une synthèse pour le Canada*, Santé Canada, juin 1999.

pour cent sont des enfants[193]. De plus, les profils de services sont distincts pour les deux groupes principaux formant la clientèle des soins à domicile. Les bénéficiaires de soins actifs à domicile reçoivent des soins pour une courte période, généralement inférieure à 90 jours; l'autre groupe, composé principalement de personnes âgées ou handicapées, reçoit des soins de façon permanente ou continue. Pour ce qui est des soins à court terme, la plus grande part est dispensée par des services infirmiers (63 %), le reste étant réparti entre les services de soutien personnel (20,6 %) et les autres thérapies (16,4 %). À l'opposé, chez les bénéficiaires de soins prolongés, les services de soutien personnel viennent en premier (59,2 %), suivis des soins infirmiers (35,5 %); les services thérapeutiques sont rarement nécessaires[194].

TABLEAU 8.1
POURCENTAGES DE CLIENTS DES SERVICES À COURT TERME, À LONG TERME ET AUTRES , 1996-1997 (TERRITOIRES OÙ DES DONNÉES SONT DISPONIBLES)

Province / Territoire	Clients – soins de courte durée	Clients – soins de longue durée	Autres	Total
C.-B.	56,4	34,5	Non disp.	90,9
Alb.	41,0	52,0	7,0	100,0
Sask.	22,9	70,5	6,6	100,0
Québec	21,1	63,7	15,2	100,0
N.-B.	53,3	46,6	Non disp.	99,9
Î.-P.-É.	20,0	75,0	5,0	100,0
Yukon	16,6	73,7	9,6	99,9
Canada	**33,0**	**58,0**	**8,7**	**99,7**

Le Comité estime que le modèle de prestation de soins à domicile mis de l'avant par le Nouveau-Brunswick mérite d'être souligné.

8.3 Le programme extra-mural au Nouveau-Brunswick

Fondé en 1981, sous la direction de Brenda Robertson (alors ministre de la Santé et maintenant sénatrice et membre du Comité), l'Hôpital extra-mural du Nouveau-Brunswick a été le premier programme public d'hospitalisation à domicile au pays, souvent cité comme modèle possible pour les autres territoires. Les services de l'Hôpital, désigné corporation hospitalière en vertu de la *Loi hospitalière du Nouveau-Brunswick*, étaient admissibles aux fins d'assurance par la province. La mission de l'Hôpital extra-mural du Nouveau-Brunswick consistait à fournir une gamme complète de services de soins de santé coordonnés pour les personnes de tout âge en vue de promouvoir, de maintenir et/ou de restaurer la santé, dans le contexte de leur vie quotidienne [195].

---

[193] Laporte, A., Croxford, R., Coyte, P.C., *Access to home care services The role of socio-economic status*, Présentation à la conférence de l'Association canadienne pour la recherche en économie de la santé, Halifax, mai 2002.
[194] *Ibid.*
[195] Mémoire présenté au Comité, p. 3.

En 1996, l'Hôpital extra-mural du Nouveau-Brunswick a subi une importante restructuration. En effet, un changement législatif a modifié le statut de l'Hôpital extra-mural qui, de corporation hospitalière, est devenu le programme extra-mural (PEM) actuel. La gestion des unités existantes de prestation de services a été déléguée aux huit corporations hospitalières régionales (CHR). Les CHR gèrent les établissements hospitaliers, les centres de santé communautaires (quatre dans la province) et les unités de prestation de services extra-muraux situées dans leur territoire. Bien que la gestion de la prestation des services ait été décentralisée, la direction globale, y compris le développement, l'établissement de normes, le financement et la surveillance du programme extra-mural (PEM), relève de la division des services hospitaliers du ministère de la Santé et des Services communautaires.

Trente centres de prestation de services dispensent les services du PEM partout dans la province. Le personnel comprend des coordonnateurs cliniques, des infirmières de liaison, des employés de soutien et du personnel sur place spécialisé en nutrition, en soins infirmiers, en ergothérapie, en physiothérapie, en orthophonie, en service social et en inhalothérapie. Tous les professionnels sont des employés du PEM et travaillent dans des équipes interdisciplinaires. Les services de soutien, tels l'aide ménagère et la « popote roulante », sont fournis à contrat. Le personnel de soins directs assure aussi la gestion des cas. Les services infirmiers sont disponibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7; tous les autres services sont fournis du lundi au vendredi.

Les clients du programme sont classés en quatre catégories ou groupes :

- **Soins de courte durée** – Objectifs *:* permettre la sortie de l'hôpital plus tôt ou prévenir des admissions à l'hôpital ou dans des établissements plus coûteux; fournir une évaluation et intervenir dans l'environnement naturel des clients afin d'améliorer ou de restaurer les fonctions. Les services offerts sont, entre autres, la chimiothérapie sélective, l'oxygénothérapie, la gestion du diabète, la thérapie intraveineuse, les soins des plaies, l'hydratation par intraveineuse, l'administration de médicaments ainsi que la réadaptation postopératoire.

- **Soins prolongés** – Objectifs : maintenir la santé/les fonctions ou prévenir une détérioration supplémentaire de la santé/des fonctions, ce qui permet aux personnes de demeurer dans leur environnement aussi longtemps que possible. Les services comprennent, entre autres, l'oxygénothérapie, l'évaluation, la gestion et la surveillance de la médication, le contrôle de la position assise et de la posture, les aides ou ordonnances en équipement d'adaptation, le soutien aux personnes utilisant un dispositif de ventilation artificielle et la thérapie de groupe.

- **Soins de promotion/de prévention** – Objectifs : fournir des renseignements, des conseils ou toute combinaison prévue de soutiens éducationnel et organisationnel dans le but de maintenir ou d'améliorer la santé, prévenir les blessures, les maladies, les affections chroniques et les incapacités qui en résultent.

- **Soins palliatifs** – Objectifs : intervenir afin d'aider à atténuer la douleur et à gérer les symptômes d'une maladie en phase terminale; fournir du soutien et

un répit aux clients et à leurs aidants naturels, afin que ces personnes puissent mourir à la maison ou retarder, aussi longtemps qu'elles le souhaitent, leur admission dans un établissement de soins médicaux.

Chaque catégorie de soins comporte des éléments d'évaluation, de traitement, de formation et de consultation. Les services fournis servent à favoriser le plus longtemps possible l'autonomie du client. Au moment de la création du PEM, son budget s'établissait à 250 000 $. Comme le montre le tableau 8.2, le budget du programme s'élève maintenant à quelque 40 millions de dollars, dans une province dont la population dépasse à peine 750 000 personnes, illustrant comment il est possible de mettre en œuvre progressivement un programme complet de soins à domicile.

8.3.1 S'inspirer de l'exemple du Nouveau-Brunswick : renvois directs aux soins à domicile

Le Comité a relevé en particulier le fait que le PEM du Nouveau-Brunswick permet aux médecins de diriger les patients directement vers le programme. Cheryl Hansen, directrice provinciale du PEM, a signalé dans son mémoire au Comité qu'entre 50 et 60 % des clients du PEM reçoivent des services de courte durée ou des soins actifs qui remplacent les soins hospitaliers. Mme Hansen a en outre signalé qu'environ 55 % des bénéficiaires de soins de courte durée sont admis directement à partir de leur collectivité[196] et ne sont pas hospitalisés au préalable. Le Comité souligne cet aspect du PEM dans l'espoir que d'autres compétences voudront élaborer des programmes semblables, offrant la possibilité d'élargir la gamme de services offerts aux Canadiens en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, de façon efficace et économique.

[...] environ 55 % des bénéficiaires de soins de courte durée sont admis directement à partir de la collectivité[1] et ne sont pas hospitalisés au préalable. Le Comité souligne cet aspect du PEM dans l'espoir que d'autres compétences voudront élaborer des programmes semblables, offrant la possibilité d'élargir la gamme de services offerts aux Canadiens en vertu de la Loi canadienne sur la santé de façon efficace et économique.

[196] Mémoire présenté au Comité, p. 3.

TABLEAU 8.2
PROGRAMME EXTRA-MURAL – DONNÉES VARIÉES

	1996-1997	1997-1998	1998-1999†	1999-2000†	2000-2001*‡
Personnel (ETP)	527	590	592	608	668
Séparations[3]	10 866	11 972	12 680	13 924	19 941
Visites – soins infirmiers[1, 3]	270 145	275 586	295 817	326 630	282 813
Visites – réadaptation[2, 3]	34 107	64 080	93 459	87 946	78 609
Autres visites [3]	40 457	42 587	43 522	45 040	39 148
Total des visites	344 709	382 253	432 720	459 616	400 570
Dépenses brutes (M $)	28,6	31,7	35,0	37,2	39,7
Coût moyen / visite[3]	83 $	83 $	81 $	81 $	99 $
Coût moyen / séparation [3]	2 632 $	2 662 $	2 758 $	2 674 $	1 990 $

Source: ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick, Rapport annuel 2000-2001.
Notes :
1. Comprend les visites en ergothérapie, en physiothérapie et en orthophonie.
2. Comprend les visites en travail social, en nutrition clinique et en inhalothérapie.
3. Pour l'exercice 1999-2000 seulement, en raison de la mise en œuvre d'un nouveau système d'information pour le PEM, les statistiques sont des estimations basées sur les données relatives aux activités d'avril à septembre 1999.

† Hausses de recrutement et de volume attribuables au Plan de services de réadaptation.

* Données provisoires.

‡ Les données peuvent varier par rapport aux années précédentes car, en 2000-2001, le PEM a commencé à utiliser un nouveau système d'information (EMP Information System). La cueillette des statistiques est effectuée en conformité avec les directives du système d'information de gestion du Nouveau-Brunswick pour l'année 2000-2001.

8.4 Organiser et fournir des soins actifs à domicile

Dans la présente section, ainsi que dans les deux sections suivantes, le Comité expose sa proposition visant l'établissement d'un programme national d'assurance publique pour les soins actifs à domicile, c'est-à-dire à l'intention des personnes ayant besoin de traitements à domicile à la suite d'une hospitalisation[197]. Il décrit les mécanismes de financement, de prestation et d'organisation en vue de ce type de soins.

[...] le Comité croit qu'il importe, pour le moment, de se concentrer sur le financement, l'organisation et la prestation de services de soins actifs à domicile.

[197] Le Comité désire souligner l'aide précieuse fournie par le Dr Peter Coyte afin de préparer sa proposition visant l'élaboration d'un programme national public de soins actifs à domicile. M. Coyte est professeur en économie de la santé et président des services de santé CIHR/FCRSS à l'Université de Toronto. Il est également co-directeur du Home and Community Care Evaluation and Research Centre et président de l'Association canadienne pour la recherche en économie de la santé. Plusieurs recommandations ont été élaborées par le professeur Coyte dans un document d'appui préparé à la demande du Comité.

Bien que d'autres types de services de soins à domicile soient actuellement disponibles, le Comité croit qu'il importe, pour le moment, de se concentrer sur le financement, l'organisation et la prestation de services de soins actifs à domicile. L'objectif du Comité est de promouvoir la création d'un nouveau programme national d'assurance publique pour les services qui, parce qu'ils sont fournis à domicile, ne tombent pas sous le régime de la *Loi canadienne sur la santé*. Bien qu'il ne propose pas un programme complet de soins à domicile, le Comité est convaincu de l'importance d'amorcer dès maintenant, dans la mesure où la situation financière le permet, l'élargissement du « filet de sécurité » en matière de soins de santé au Canada. Or, le Comité estime que le programme qu'il propose est réalisable sur le plan financier.

8.4.1 Définition des soins actifs à domicile

Les soins actifs à domicile désignent les soins prodigués aux patients à domicile, à la suite d'une période d'hospitalisation. Le premier défi que pose l'élaboration d'un programme national de soins actifs à domicile consiste à définir et à classifier les soins à domicile suivant une période d'hospitalisation et à décrire comment il est possible de les relier à une période initiale de soins hospitaliers, en tant que services aux patients hospitalisés ou aux patients en chirurgie d'un jour.

[...] le Comité est convaincu de l'importance d'amorcer dès maintenant, dans la mesure où la situation financière le permet, l'élargissement du « filet de sécurité » en matière de soins de santé au Canada. Or, le Comité estime que le programme qu'il propose est réalisable sur le plan financier.

8.4.1.1 Quand les services de soins actifs à domicile (SAD) commencent-ils?

Heureusement, il y a eu des études sur la définition des soins actifs à domicile dans le contexte de la restructuration des services de santé[198]. Pour la plupart des spécialistes, le bénéficiaire de soins actifs à domicile est défini comme étant une personne ayant reçu sa première visite de soins à domicile dans les trente jours après avoir été hospitalisée ou après avoir reçu son congé à la suite d'une hospitalisation d'un jour. Il est peu probable que, passé ce délai, les soins à domicile soient directement liés à l'hospitalisation[199]. Un intervalle plus court que trente jours risque d'exclure les soins actifs à domicile reportés à cause de problèmes d'horaire ou autres.

Le Comité propose donc que le bénéficiaire de soins actifs à domicile soit défini comme étant une personne ayant reçu sa première visite de soins à domicile dans les trente jours après avoir été hospitalisée ou après avoir reçu son congé à la suite d'une hospitalisation d'un jour.

---

[198] Coyte, P.C., Young, W., Regional variations in the use of home care services in Ontario, 1993/1995. *Canadian Medical Association Journal*, 161:4, 376-380, 1999; Coyte, P.C., Young, W., *Reinvestment in and use of home care services*, Rapport technique nº 97-05-TR, Institute for Clinical Evaluative Studies, Toronto (Ontario), novembre 1997; Coyte, P.C., Young, W., DeBoer, D., *Home care report for the Health Services Restructuring Commission*. Rapport à la Commission de restructuration des services de santé, Toronto, 1997.

[199] Hollander, M., *The costs, and cost-effectiveness of continuing care services in Canada*. Queen's-University of Ottawa Economic Projects Ottawa, 1-113, 1994; Coyte et Young (1999); Coyte et Young (1997); Coyte, Young et DeBoer

Le Comité propose donc que le bénéficiaire de soins actifs à domicile soit défini comme étant une personne ayant reçu sa première visite de soins à domicile dans les trente jours après avoir été hospitalisée ou après avoir reçu son congé à la suite d'une hospitalisation d'un jour.

8.4.1.2 Quand les SAD se terminent-ils?

Bien qu'il semble y avoir consensus quant à la définition de bénéficiaire des SAD, il est plus difficile de définir quels services sont directement liés à l'hospitalisation. Généralement, la solution a été de fixer une date arbitraire au-delà de laquelle on pouvait considérer que la poursuite des services à domicile était sans lien avec les motifs ayant nécessité l'hospitalisation. Dans certains cas, la date limite a été fixée à un an après le congé[200] et dans d'autres cas, à soixante jours. L'une des raisons invoquées pour justifier la période de soixante jours est le fait qu'elle correspond à la classification de soins de court séjour (ou de courte durée), les périodes de soins à domicile de plus de soixante jours étant alors classées comme périodes de long séjour (ou soins prolongés).

Il importe de souligner que, pour la plus de la moitié des bénéficiaires de SAD, les soins à domicile se terminent avant 30 jours; pour presque 70 % des bénéficiaires de SAD, les soins prennent fin avant 60 jours, et seulement 12,7 % reçoivent des SAD pendant plus de 6 mois. Le Comité a donc décidé d'adopter une période limite de 3 mois, soit un compromis entre 60 jours et 6 mois. Ainsi, pour 75 % à 80 % des bénéficiaires de SAD, les soins auront pris fin avant la fin des trois premiers mois.

Par conséquent, le Comité recommande :

Qu'une période de SAD désigne l'ensemble des services de soins à domicile reçus entre la première date de prestation de services suivant le congé d'hospitalisation, si cette date survient moins de trente jours après le congé, jusqu'à concurrence de trois mois après le congé de l'hôpital.

8.4.2 Dispositions organisationnelles pour les SAD

Nous établissons plus loin l'estimation nationale du coût total du programme SAD. Cependant, l'affectation des fonds et les mécanismes d'attribution des responsabilités en matière d'organisation et de prestation de tels soins sont des questions extrêmement importantes. La présente section expose donc les mécanismes de financement, d'organisation et de prestation des SAD.

Le contrôle et la responsabilité de l'organisation et de la prestation des SAD sont confiés à diverses instances au Canada, mais ils relèvent généralement d'organismes distincts des hôpitaux. Cette situation a créé des courants d'intérêts parallèles bien arrêtés, opposant les organismes responsables des soins hospitaliers à ceux ayant charge des soins à domicile et

---

(1997); Kenney, G.M., How access to long-term care affects home health transfers. *Journal of Health Politics Policy and Law*, 83: 412-414, 1993.

[200] Coyte et Young (1999); Coyte et Young (1997); Coyte, Young et DeBoer (1997).

entraînant un conflit qui a réduit les possibilités d'intégrer les services, freiné l'innovation et limité inutilement la rentabilité des services.

Par conséquent, le Comité croit que ce serait une erreur de continuer à financer les organismes chargés en propre de négocier, de choisir, d'approuver et d'évaluer (à l'interne ou à l'externe) les dispositions contractuelles avec les fournisseurs de soins à domicile. La création d'un nouveau programme distinct, d'un autre ensemble d'intérêts particuliers, ne contribuera pas à garantir que les ressources financières servent le bénéficiaire des soins. Pour ce qui est des SAD, les ressources financières devraient être dirigées d'abord vers les hôpitaux. C'est pourquoi le Comité recommande :

Que le financement des soins actifs à domicile soit d'abord dirigé vers les hôpitaux.

Le fait de diriger les ressources financières associées aux SAD vers les hôpitaux leur permettra de bénéficier des économies potentielles associées aux séjours plus courts, favorisant ainsi l'utilisation des soins à domicile et des SAD.

Il a été souvent démontré que les hôpitaux réagissent de façon prévisible aux encouragements fiscaux. L'introduction d'un remboursement basé sur les services, en vertu duquel les hôpitaux seraient remboursés à un tarif fixe pour chaque type de service fourni (conformément aux recommandations formulées par le Comité au chapitre deux, au sujet du financement hospitalier), inciterait à raccourcir la durée des séjours et à déplacer l'ensemble des cas hospitaliers vers la chirurgie d'un jour et à les détourner des soins à l'hôpital[201]. De plus, étant donné la relation entre les SAD et les soins hospitaliers, l'introduction pour les hôpitaux du remboursement basé sur les services augmenterait leurs besoins en SAD[202].

Le fait de diriger les ressources financières associées aux SAD vers les hôpitaux permettra à ces derniers de bénéficier des économies potentielles associées aux séjours plus courts, favorisant ainsi l'utilisation des soins à domicile et des SAD[203]. Par contre, si les fonds pour la prestation de services de soins à domicile sont versés à un organisme distinct, l'économie potentielle due aux séjours plus courts ou au recours à la chirurgie d'un jour ne serait pas récupérée et, par conséquent, elle n'aurait pas un impact direct sur les décisions relatives à la prestation de services.

---

[201] Plusieurs études ont exploré la classification des périodes d'hospitalisation et des SAD connexes. En se basant sur le travail accompli par la Commission de restructuration des services de santé en Ontario, par exemple, il serait possible d'assigner chaque hospitalisation et chaque cas de chirurgie d'un jour soit à l'une des vingt-cinq catégories cliniques principales, de type exclusif et exhaustif, dans le cas de soins à l'hôpital (hospitalisation), soit à un des six groupes de chirurgie d'un jour. [Coyte et Young (1999); Coyte et Young (1997); Coyte, Young et DeBoer (1997); Kenney (1993); Institut canadien d'information sur la santé : *Length of stay database by CMG*. Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, 1994. Institut canadien d'information sur la santé, *DPG booklet*. Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, 1996.]

[202] Kenney (1993); Kenney, G.M., Understanding the effects of PPS on Medicare home health use. *Inquiry*, 28: 129-139, 1991.

[203] Kenney (1993).

Par conséquent, le Comité croit que les gains d'efficience, en matière de prestation de soins hospitaliers et de SAD, sont favorisés par l'intégration verticale de ces services et de leur financement conjoint. Il recommande donc ce qui suit :

> **Afin d'encourager l'innovation et l'intégration de services et d'améliorer l'efficience et l'efficacité des services de soins de santé nécessaires, indépendamment du cadre dans lequel ces services sont reçus, que soit élaborée une méthode de remboursement pour les SAD, basée sur les services, conjointement avec les arrangements fondés sur les services pour chaque période de soins hospitaliers.**

De plus, le Comité estime qu'il faut éviter de réserver les programmes de SAD aux services infirmiers et thérapeutiques, si l'on ne veut pas déformer les modèles de pratique; en effet, les bénéficiaires de SAD, comme les autres consommateurs de soins à domicile, utilisent la gamme complète des services offerts. Le fait de limiter l'étendue des services couverts par le programme pourrait encourager les hôpitaux à substituer des services infirmiers à d'autres services de soutien personnel qui auraient été plus efficaces en matière de coûts. Or, en agissant ainsi, les hôpitaux risquent d'augmenter les coûts des soins au lieu de les réduire.

C'est ce qu'a confirmé l'expérience du Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick. Dans son exposé au Comité, Cheryl Hansen a mentionné qu'une des leçons apprises était que :

> *Le remplacement des soins actifs par des soins à domicile exige une équipe complète qui travaille en collaboration pour satisfaire aux besoins du client et de la famille. Un élément essentiel des services de soins actifs réside dans la prestation de services de soutien à domicile à court terme adaptés (p. ex., les services d'un auxiliaire familial). [...] La question du financement et de la prestation d'un soutien suffisant à court terme doit être réglée pour que le recours aux soins à domicile en guise de remplacement/ substitution permette d'assurer des services de qualité au client et à la famille*[204].

Pour ces raisons, le Comité croit que les dispositions de remboursement pour la prestation de soins à domicile à la suite d'une hospitalisation devraient être suffisamment souples afin d'encourager l'innovation et l'efficience. C'est pourquoi il recommande :

> **Que la gamme de services, de produits et de technologies pouvant être utilisée pour faciliter les soins à domicile après une hospitalisation ne fasse pas l'objet de restrictions.**

8.4.3 Qui fournit des SAD?

Le Comité reconnaît que la question de l'organisation et de la prestation des SAD est une question distincte du financement; il sait aussi que la prestation de ces services peut prendre différentes formes. Dans certains cas, les hôpitaux peuvent fournir les services eux-mêmes; dans d'autres cas, ils peuvent établir des contrats avec des fournisseurs de soins à

[204] Mémoire présenté au Comité, 17 juin 2002, p. 7.

domicile à but lucratif ou non; les hôpitaux peuvent aussi établir des contrats avec des agences intermédiaires qui concluent des contrats de sous-traitance avec les fournisseurs de soins de santé à domicile.

Les SAD peuvent donc être organisés de multiples façons, offrant chacune ses avantages. Premièrement, l'établissement d'agences intermédiaires pour les soins à domicile fournit l'occasion aux hôpitaux de mettre en commun des ressources et de réaliser des économies d'échelle dans la prestation des services, malgré le risque d'engendrer des coûts supplémentaires d'administration et de gestion des contrats.

Dans certains cas, les hôpitaux peuvent fournir les services eux-mêmes; dans d'autres cas, ils peuvent établir des contrats avec des fournisseurs de soins à domicile à but lucratif ou non; les hôpitaux peuvent aussi établir des contrats avec des agences intermédiaires qui concluent des contrats de sous-traitance avec les fournisseurs de soins de santé à domicile.

Deuxièmement, les hôpitaux peuvent mettre sur pied des équipes de service à domicile adaptées aux conditions particulières que connaissent les bénéficiaires dans leur collectivité.

Enfin, les hôpitaux peuvent passer des contrats de sous-traitance avec les fournisseurs de services de soins à domicile. Ce genre d'arrangement comporte certains avantages, soit: permettre la prestation de services spécialisés par des fournisseurs qui connaissent bien les conditions du milieu; offrir une possibilité d'intégrer les services hospitaliers et les SAD; permettre des économies en raison des améliorations apportées aux modèles de soins.

Par conséquent, le Comité recommande :

Que les hôpitaux aient la possibilité d'établir des liens contractuels directement avec les fournisseurs de soins à domicile ou avec des agences intermédiaires pouvant prendre des dispositions en matière de prestation de services et de gestion de cas.

Indépendamment de l'arrangement organisationnel choisi, le fournisseur de SAD devrait recevoir un remboursement en fonction des services fournis. Comme le montre en détail le chapitre deux, la somme que reçoit le fournisseur dans un régime de financement en fonction des services offerts dépend de la gravité du cas traité. Par conséquent, le niveau de financement devrait être dicté par des facteurs cliniques. Cette méthode garantit que les fournisseurs de SAD reçoivent un taux fixe pour les services offerts à un patient donné, soutenant ainsi l'innovation et l'intégration des services et améliorant l'efficience et l'efficacité de la répartition des services de soins de santé.

Indépendamment de l'arrangement organisationnel choisi, le fournisseur de SAD devrait recevoir un remboursement en fonction des services fournis.

Le fait de rembourser les fournisseurs de services de soins à domicile selon un mode de paiement fixe et prédéterminé offre un certain nombre d'incitatifs. Premièrement, s'ils peuvent conserver les résultats résiduels nets, les fournisseurs sont encouragés à choisir les moyens les plus efficaces pour des services. Deuxièmement, les efforts visant à profiter des économies d'échelle et de gamme peuvent favoriser l'intégration verticale et horizontale des services. Des organismes ainsi intégrés peuvent être en meilleure position que d'autres pour déléguer les tâches de façon rentable et améliorer la continuité des soins. Troisièmement, dans la mesure où le paiement dépasse les coûts engagés pour la prestation de services, ce système incite les organismes à se faire concurrence pour obtenir de nouveaux bénéficiaires[205].

Toutefois, ce système comporte un désavantage en ce qu'il peut inciter les fournisseurs de soins à se désintéresser des bénéficiaires présentant des besoins élevés, c'est-à-dire à choisir les clients. De plus, en l'absence d'un programme d'évaluation vigilant, les organismes seront tentés de lésiner sur la prestation des services, entraînant une réduction de la qualité des soins[34]. Par conséquent, la détermination d'un juste paiement basé sur les services, ajusté aux risques et adapté aux besoins des bénéficiaires de SAD, et l'introduction d'un programme systématique d'évaluation du rendement en fonction des résultats attendus doivent faire l'objet de politiques élaborées dans le contexte des nouveaux modes de financement afin d'assurer la rentabilité et l'uniformité d'accès de SAD de qualité.

Le Comité recommande donc :

Que les contrats établis avec les fournisseurs de services de soins à domicile incluent, en plus des ententes de remboursement en fonction des services, des mécanismes pour surveiller la qualité et le rendement des services, ainsi que les résultats prévus.

8.5 Le coût d'un programme national de soins actifs à domicile

8.5.1 Comment calculer le coût d'un programme national de SAD

Comme le montre la figure 3, il existe de larges variations interprovinciales dans les dépenses publiques par personne pour les soins à domicile au Canada, qui persistent même après l'ajustement relatif aux variations de composition âge-sexe de la population visée. Le financement public moyen par personne pour les soins à domicile pour l'exercice 2000 s'élevait à 87,51 $. Cependant, on note un écart de quatre pour un dans ces dépenses entre le niveau le plus élevé, le Nouveau-Brunswick (193,76 $), et le plus bas, l'Île-du-Prince-Édouard (47,85 $) et le Québec (51,89 $)[206]. Ces écarts sont en partie attribuables à la portée du programme public de soins à domicile, qui peut être vaste (comme au Nouveau-Brunswick) ou assez restreinte (comme à l'Île-du-Price-Édouard et au Québec).

---

[205] Valdeck, B.C., Miller, N.A., The Medicare home health initiative. *Health Care Financing Review*, 16:1, 7 – 16, 1994; Phillips, B.R., Brown, R.S., Bishop, C.E., et autres, Do preset per visit payments affect home health agency behaviour? *Health Care Financing Review*, 16:1, 91- 107, 1994.

[206] Santé Canada, *Dépenses de santé au Canada selon l'âge et le sexe, 1980-1981 à 2000-2001*. Politique de la santé et communications, Santé Canada, Ottawa, août 2001.

À l'échelle nationale, les dépenses publiques en soins à domicile s'élevaient à 2 690,9 millions de dollars pour l'exercice 2000[207]. Afin d'établir la proportion de ces dépenses associée aux SAD, le Comité a utilisé des méthodes basées sur des travaux effectués auparavant en Ontario pour la Commission de restructuration des services de santé[208]. Tous les bénéficiaires de soins à domicile ont été identifiés pour l'exercice 1997 et assignés à l'une des quatre catégories mutuellement exclusives, comme le montre la figure 4, en fonction de leur utilisation des soins à domicile relativement à toute période de soins hospitaliers.

Les bénéficiaires de soins à domicile ont tout d'abord été classés selon qu'ils ont ou non vécu une période de soins hospitaliers, soit en tant que patient hospitalisé ou lors d'une chirurgie d'un jour, durant l'exercice 1997[209]. S'ils avaient été hospitalisés, la prestation de services de soins à domicile moins de 30 jours après le congé était analysée. Si la visite de soins à domicile à la suite de l'hospitalisation avait eu lieu dans une période de trente jours, l'utilisation de services de soins à domicile dans les trente jours avant l'hospitalisation était analysée. Les quatre catégories de bénéficiaires de soins à domicile étaient donc établies comme suit : pas d'hospitalisation; pas de SAD; SAD sans soins à domicile antérieurs; et SAD avec soins à domicile antérieurs.

L'utilisation de services de soins à domicile et le coût moyen de ces services ont été analysés pour une année à partir de la date des premiers services de soins à domicile (pour les bénéficiaires qui n'ont pas reçu de SAD), ou de la date des premiers soins à domicile suivant le congé de l'hôpital (pour les bénéficiaires qui ont reçu des SAD).

Deux estimations sont proposées pour la proportion du coût total des soins à domicile imputable aux SAD. La première estimation (la plus élevée) a été établie en fonction de la proportion de *bénéficiaires* de soins à domicile ayant reçu des SAD, tandis que la deuxième estimation (la plus basse), a été établie en fonction de la proportion de *dépenses* attribuables à ces soins. Bien que 42,8 % des bénéficiaires de soins à domicile aient reçu des SAD, seulement 26,5 % des dépenses totales de soins à domicile étaient attribuables à ces soins. Conséquemment, l'utilisation des deux estimations du coût national du programme de SAD tient compte de l'incertitude associée à l'estimation de coûts d'un programme de ce genre, dans l'absence d'un système d'information sur la santé relatif à l'utilisation des services de soins à domicile.

8.5.2 Et les coûts cachés?

En plus du coût des services de soins à domicile, il existe d'autres coûts associés à la prestation de SAD, cachés dans d'autres catégories de dépenses provinciales. Le coût des médicaments constitue une composante majeure des coûts cachés. Pour l'exercice 2001, les dépenses du programme de médicaments de l'Ontario attribuables aux bénéficiaires de soins à domicile étaient évaluées à 86,8 millions de dollars[210]. Bien que ces données reflètent probablement une sous-estimation des coûts du programme de médicaments provincial associés

---

[207] *Ibid.*

[208] Coyte et Young (1999); Coyte et Young (1997); Coyte, Young et DeBoer (1997).

[209] Voir la figure 8.4.

[210] Peter Coyte, Communication personnelle, M. Carl Marshall, directeur associé, Administration, finance et admissibilité, programmes de médicaments, Ministère de la santé et des soins de longue durée de la province de l'Ontario, 2002.

à la prestation de soins à domicile, elles peuvent servir à estimer les coûts cachés liés à la prestation de SAD[211].

8.5.3 Combien coûtera un programme national de SAD?

Dans un calcul effectué pour le Comité, on a combiné les estimations de coûts cachés à celles des coûts directs liés aux services, convertis en dollars 2002, en utilisant la croissance de 11,9 % du financement dans le domaine des soins à domicile en Ontario entre les exercices 2000 et 2002, et on a estimé le coût des soins actifs à domicile pour une période d'un an à la suite d'une hospitalisation. D'après ce calcul, un programme national de SAD coûterait, au total, entre 1 021,1 millions et 1 511,8 millions de dollars pour l'exercice 2002[212]. Puisqu'il a établi qu'une couverture de trois mois serait plus appropriée, le Comité juge légitime d'évaluer le coût total du programme à environ 1,100 millions par année, tout en reconnaissant que même cette évaluation est probablement élevée.

8.6 Payer les soins post-hospitaliers à domicile

Le Comité croit que le coût d'un tel programme devrait être partagé à parts égales entre les gouvernements provinciaux et le gouvernement fédéral. Il recommande donc :

> **Que le gouvernement fédéral établisse un nouveau programme national de soins actifs à domicile, qu'il financera à parts égales avec les provinces et territoires (50 / 50).**

Cela ramènerait les dépenses totales (en dollars de l'exercice 2002) du gouvernement fédéral au regard d'un programme national de SAD à environ 550 millions de dollars.

Cependant, on doit aussi se demander si la personne recevant les soins à domicile (le patient) devrait aussi aider à couvrir le coût de cette expansion des services publics de soins assurés. On peut examiner cette question sous deux angles.

D'une part, on peut concevoir que ce service prolongé vient de ce que le patient a effectué un séjour à l'hôpital. Par conséquent, le service sera un prolongement des soins hospitaliers qui, dans le régime d'assurance-maladie, doivent être « gratuits » pour le patient et entièrement payés par les fonds publics. De plus, l'un des avantages de cette option offrant une

---

[211] Supposons que les dépenses du programme de médicaments de l'Ontario attribuables aux soins de santé à domicile représentent seulement les coûts cachés engagés par les personnes de moins de soixante-cinq ans durant la période de soins à domicile reçus. Selon cette hypothèse, l'estimation des coûts cachés liés à cette période de soins à domicile s'élève à 627,97 $ (en dollars 2001). Étant donné que ces coûts sont supposés être uniformes dans toutes les catégories de bénéficiaires de soins à domicile, ils peuvent servir à calculer un facteur d'inflation des « coûts cachés » pour les SAD. Ce facteur tenant compte de l'inflation peut être défini comme étant la valeur un plus le ratio des coûts cachés (627,97 $) par rapport aux coûts par bénéficiaire de SAD. Ces derniers dépendent des coûts attribuables aux soins de santé à domicile pour les bénéficiaires de SAD divisés par le nombre de bénéficiaires (137 915 d'après la figure 4). En utilisant les chiffres de l'Ontario, conjointement avec l'estimation élevée des coûts de SAD, le facteur d'inflation des coûts cachés s'élève à 1,1731 tandis qu'il s'élève à 1,2796 en utilisant l'estimation plus basse des coûts de SAD.

[212] L'estimation basse a été calculée en utilisant la formule 2 690,9 M $ * 1,119 * 0,265 * 1,2796 tandis que l'estimation élevée a été dérivée de : 2 690,9 M $ * 1,119 * 0,428 * 1,1731.

couverture au premier dollar est que, puisque le coût entier de la couverture des soins à domicile sera payé par le programme SAD, les patients n'ont pas de raison de s'objecter à de plus courts séjours à l'hôpital. Cela signifie que rien ne s'oppose au transfert de patients recevant des soins hospitaliers coûteux vers des services extra-hospitaliers moins chers, ce qui augmente les possibilités de gain en efficience pour l'ensemble du système de soins de santé.

Par contre, étant donné que la plupart des patients paient actuellement le coût d'au moins une partie de ce genre de service, il est raisonnable qu'ils continuent de payer une petite partie des coûts, à la condition que les sommes versées par le patient soient ajustées à son revenu. Le montant payé par le patient devra être suffisamment modeste pour satisfaire le second objectif établi par le Comité au regard des soins de santé publics, c'est-à-dire qu'aucun Canadien ne doit subir de difficultés financières excessives en raison de la nécessité de payer des factures de soins de santé.

Pour appliquer cette deuxième approche, on a proposé de traiter les services assurés comme avantage imposable. Selon ce modèle, à la fin de l'année, les bénéficiaires du programme de SAD recevraient du gouvernement provincial un état des coûts totaux des services à domicile reçus. Ces coûts constitueraient un avantage imposable pour le patient. On pourrait protéger le patient contre les difficultés financières excessives associées au paiement de cette hausse d'impôt en limitant le niveau d'impôt sur le revenu additionnel à 3 % du revenu personnel.

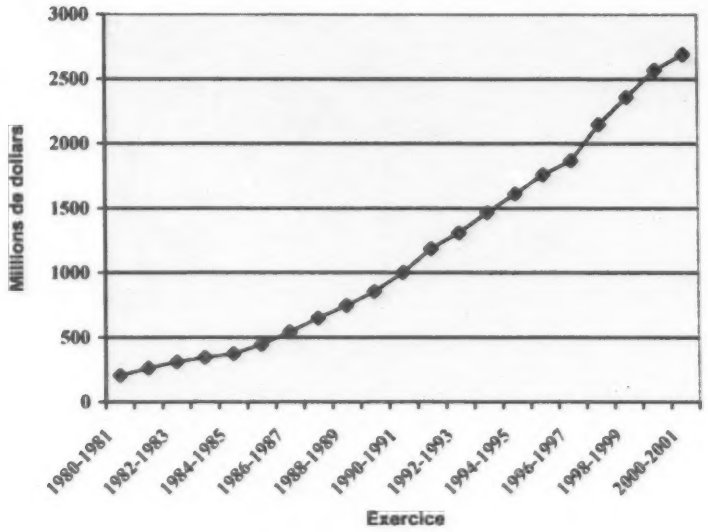
Cette approche suppose aussi que les nouvelles ressources financières publiques investies dans les services étendus de soins de santé doivent profiter aux Canadiens et Canadiennes les moins en mesure de payer ces services; ceux qui ont les moyens de le faire devront apporter une contribution financière pour aider à couvrir le coût de ces services. Nous maintenons que ce n'est qu'en adoptant cette approche d'expansion du système public de soins de santé que le Canada se donnera les moyens de fermer les écarts grandissants dans le « filet de sécurité » des soins de santé. En fait, c'est l'une des raisons pour lesquelles le programme d'assurance destiné à protéger les Canadiens contre le paiement de coûts vertigineux de médicaments, proposé par le Comité, comporte une contribution financière du patient.

Quoi qu'il en soit, en ce qui concerne l'adoption d'un nouveau programme de soins actifs à domicile, le Comité, après mûre réflexion, appuie la première des deux approches. Bien qu'il s'inquiète du précédent que constitue l'assurance au premier dollar de services étendus, le Comité estime que les avantages qu'offre cette approche en favorisant l'efficience – puisqu'elle promeut le transfert de patients recevant des soins hospitaliers coûteux vers des soins à domicile moins chers – et l'équité, l'emportent sur les inconvénients.

En ce qui concerne l'expansion du régime public d'assurance-maladie pour y inclure les soins actifs à domicile, le Comité recommande donc :

> **Que le programme des SAD soit considéré comme un prolongement de la couverture médicale nécessaire déjà prévue par la *Loi canadienne sur la santé* et que, par conséquent, le coût intégral du programme soit couvert par le gouvernement (à parts égales entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux-territoriaux).**

Graphique 8.1 : Dépenses publiques en matière de soins à domicile au Canada, 1980-1981 à 2000-2001



Graphique 8.2 : Dépenses privées en matière de soins à domicile au Canada, 1980-1981 à 2000-2001

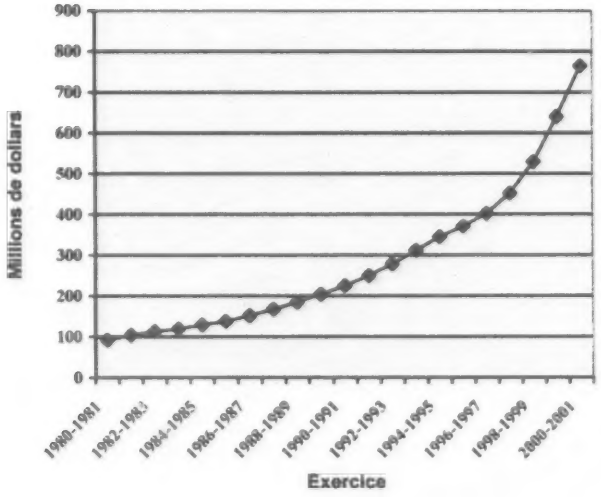


Figure 8.3: Dépenses publiques par personne en soins à domicile, pour les provinces et les territoires du Canada, 2000-2001

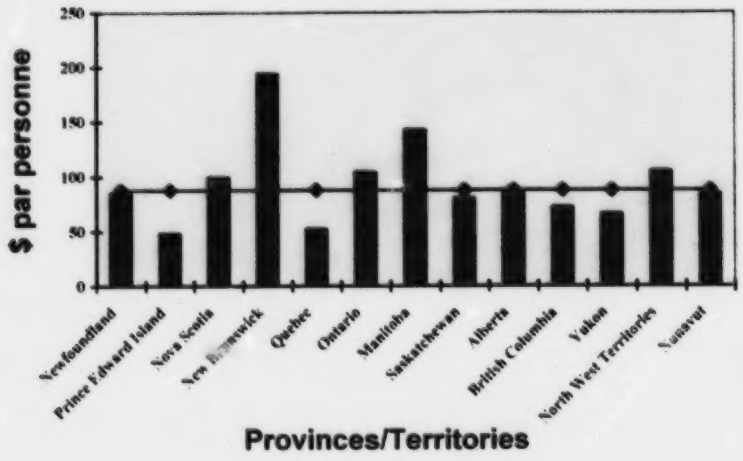
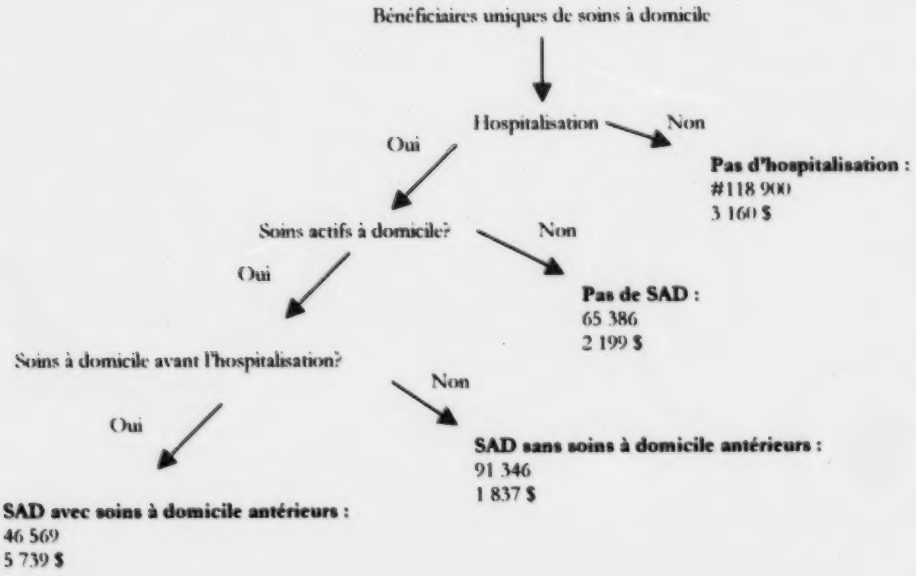


Figure 8.4 : Bénéficiaires de soins à domicile et dépenses moyennes (en dollars 2002)



F3

CHAPITRE NEUF

ÉTENDRE LA COUVERTURE POUR INCLURE LES SOINS PALLIATIFS À DOMICILE

Au cours des différentes phases des audiences, on a porté à l'attention du Comité l'importance des soins palliatifs et des soins de fin de vie. Les soins palliatifs constituent un genre spécial de soins de santé qui s'adressent aux personnes atteintes d'une maladie mortelle en phase terminale, ainsi qu'à leur famille.

Les soins palliatifs ont pour but d'améliorer le plus possible la qualité de vie des malades en phase terminale en leur assurant confort et dignité et en soulageant leur douleur et leurs autres symptômes. Les soins palliatifs sont conçus pour répondre non seulement aux besoins physiques du malade, mais aussi à ses besoins psychologiques, sociaux, culturels, émotionnels et spirituels et à ceux de sa famille.

9.1 Nécessité d'un programme national de soins palliatifs

Les soins palliatifs sont dispensés à divers endroits : à domicile, dans les hôpitaux, dans les établissements de soins de longue durée et, à l'occasion, dans les hospices. Comme l'a mentionné le sous-comité sénatorial chargé de mettre à jour le rapport *De la vie et de la mort* au mois de juin 2000, les services de soins palliatifs au Canada sont souvent fragmentés ou inexistants. Il arrive que les malades n'y aient accès que peu de temps avant la mort ou même, dans bien des cas, qu'ils n'en bénéficient jamais. Le rapport indique aussi que les soins palliatifs dispensés dans les hôpitaux sont habituellement payés par les régimes d'assurance-santé provinciaux, qui couvrent en général les soins professionnels et les médicaments, les fournitures médicales et l'équipement dont le malade a besoin pendant son séjour à l'hôpital. Par contre, dans les établissements de soins de longue durée, les résidents doivent parfois payer divers montants pour leurs soins et leurs fournitures.

Selon le Comité, il est clair qu'on doit assurer des soins palliatifs adéquats et universels et que ceux-ci doivent être dispensés de façon à respecter les volontés du mourant et des êtres qui lui sont chers.

Selon le Comité, il est clair qu'on doit assurer des soins palliatifs adéquats et universels et que ceux-ci doivent être dispensés de façon à respecter les volontés du mourant et des êtres qui lui sont chers.

Diverses composantes du système de soins de santé interviennent dans les nombreux aspects des soins palliatifs de fin de vie. En ce qui touche les grandes orientations, il est important que le gouvernement fédéral et les provinces et territoires travaillent ensemble pour veiller à ce que les Canadiens reçoivent des soins adéquats et puissent faire des choix en matière de soins de fin de vie.

Le Comité reconnaît qu'il est important d'assurer l'accès aux services de soins palliatifs aux Canadiens de tous âges et dans tous les secteurs concernés du système de soins de santé, à savoir les hôpitaux, les hospices, les services communautaires et les organisations non

gouvernementales. Il est également conscient que permettre l'accès universel aux services de soins palliatifs dans tous ces secteurs exigerait des changements importants qu'il serait très difficile de mettre en œuvre.

Selon des études récentes, plus de 80 % des Canadiens meurent à l'hôpital, alors que pas moins de 80 à 90 % préféreraient finir leurs jours à la maison, auprès de leur famille et dans des conditions de vie aussi normales que possible. Cependant, il arrive souvent que les services nécessaires à domicile n'existent pas. Ceux qui existent sont habituellement le fruit d'initiatives prises au niveau communautaire ou par des instances locales et les régies régionales de la santé, et non pas d'une politique gouvernementale destinée à l'ensemble de la population canadienne.

Le Comité est convaincu qu'il est essentiel que le gouvernement fédéral contribue dans une large mesure à procurer aux Canadiens des soins palliatifs à domicile.

Le Comité est convaincu qu'il est essentiel que le gouvernement fédéral contribue dans une large mesure à procurer aux Canadiens des soins palliatifs à domicile. Cependant, il lui a été impossible d'obtenir des données qui permettraient d'estimer d'une façon assez exacte le coût d'un programme national de soins palliatifs à domicile. Ni les experts que le Comité a consultés ni les sources susceptibles de détenir des statistiques exactes sur les soins palliatifs n'ont pu lui fournir des détails sur les coûts des soins palliatifs à domicile. Quoi qu'il en soit, le Comité estime que le gouvernement fédéral devrait réserver dès maintenant les fonds nécessaires pour payer les coûts initiaux d'un programme qui devrait être élaboré conjointement avec les provinces et les territoires et financé selon une formule de partage à parts égales. Par conséquent, le Comité recommande :

Que le gouvernement fédéral s'engage à verser 250 millions de dollars par année au titre d'un programme national de soins palliatifs à domicile, élaboré de concert avec les provinces et les territoires et financé à 50 % par chacune des deux parties.

9.2 Aide financière aux fournisseurs de soins palliatifs à domicile

En plus d'aider à établir un programme national de financement des soins de fin de vie pour les Canadiens qui choisissent de mourir à la maison, le gouvernement fédéral devrait prendre d'autres mesures pour alléger le fardeau qui incombe actuellement à des milliers d'aidants naturels.

En plus d'aider à établir un programme national de financement des soins de fin de vie pour les Canadiens qui choisissent de mourir à la maison, le gouvernement fédéral devrait prendre d'autres mesures pour alléger le fardeau qui incombe actuellement à des milliers d'aidants naturels. Il est question de ces mesures dans la présente section et dans celles qui suivent.

Les coûts des soins de fin de vie à domicile sont présentement assumés en grande partie par la famille du malade. Dans la deuxième phase de son étude, le Comité a appris qu'en général, la majorité des aidants naturels sont des femmes qui, bien souvent, doivent s'occuper à la fois de leurs parents vieillissants et de leurs propres enfants, en plus de travailler à l'extérieur à plein temps. Ce cumul de responsabilités peut

entraîner des maladies liées au stress et des absences du travail pour le soignant, et accroître le risque de négligence et de mauvais traitements pour le malade.

Dans le rapport intitulé *Caring about Caregiving: The Eldercare Responsibilities of Canadian Workers and the Impact on Employers*, qu'il a publié en 1999, le Conference Board du Canada signale que 48 % des personnes qui dispensent des soins personnels à domicile ont déclaré qu'il leur était très difficile de concilier leurs obligations personnelles et leur vie professionnelle; 42 % ont dit vivre énormément de stress en essayant de concilier leurs divers rôles; 57 % ont affirmé ne pas avoir suffisamment de temps pour elles-mêmes; 53 % ont réduit leurs heures de sommeil et 44 % avaient eu des problèmes de santé mineurs au cours des six derniers mois.

Ces statistiques, qui s'appliquent à tous les fournisseurs de soins à domicile et pas seulement à ceux qui prodiguent des soins palliatifs, montrent que la dépendance à l'égard de soignants naturels coûte cher aux Canadiens, même si cela permet au système de santé de faire des économies. Si ce n'était des soignants naturels, les coûts des hôpitaux et des autres fournisseurs de soins seraient fort probablement plus élevés.

Dans le volume quatre de son étude, le Comité insiste sur l'importance d'accorder un soutien aux soignants naturels. Il reconnaît que les dispositions fiscales actuelles ne permettent pas de rémunérer ces personnes dans une juste mesure pour le temps et les ressources qu'elles consacrent à un membre de la famille malade. Il souligne le fait que le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA) avait recommandé qu'on modifie le Régime de pensions du Canada (RPC) et le programme d'assurance-emploi afin de tenir compte des personnes qui quittent temporairement leur emploi pour assumer des responsabilités d'aidant naturel.

Si l'on soutenait mieux les aidants naturels en leur fournissant des ressources financières et documentaires, les mourants pourraient recevoir des soins de qualité et choisir l'endroit où ils veulent passer leurs derniers jours. Un soutien accru permettrait aux soignants de bénéficier des connaissances, des compétences, de la sécurité de revenu, de la protection d'emploi et d'autres formes d'appui dont ils ont besoin pour s'occuper d'un être cher mourant sans compromettre leur santé et leur bien-être au cours du passage de la vie à la mort et de la période de deuil.

Bien des travailleurs canadiens sont confrontés à des choix difficiles lorsqu'ils doivent subvenir aux besoins de leur famille tout en s'occupant d'un parent atteint d'une maladie en phase terminale. Limiter la perte de revenus durant cette période très difficile serait un premier pas important pour améliorer la situation des soignants naturels.

Bien des travailleurs canadiens sont confrontés à des choix difficiles lorsqu'ils doivent subvenir aux besoins de leur famille tout en s'occupant d'un parent atteint d'une maladie en phase terminale. Limiter la perte de revenus durant cette période très difficile serait un premier pas important pour améliorer la situation des soignants naturels.

Dans le volume quatre, le Comité cite des statistiques du CCNTA selon lesquelles on augmenterait le coût global de l'assurance-emploi d'environ 670 millions de dollars

par année si l'on versait des prestations aux personnes qui quittent leur emploi pour s'occuper d'un parent malade. Cette estimation repose sur le nombre total de soignants et sur une période de prestations de dix semaines. Si l'on se fie aux données de Statistique Canada sur le nombre réel de malades bénéficiant de soins palliatifs, et si l'on réduit légèrement la période d'admissibilité aux prestations, le Comité est d'avis qu'il en coûterait beaucoup moins que la somme avancée par le CCNTA pour verser des prestations d'assurance-emploi aux aidants naturels qui donnent des soins palliatifs à domicile.

En 1999, 219 530 Canadiens sont décédés, mais ils n'ont pas tous eu besoin de soins palliatifs. En éliminant les décès dus à des accidents et à certains types de maladies, le Comité estime qu'environ 160 000 Canadiens pourraient avoir besoin de soins palliatifs au cours d'une année donnée. Si l'on utilise des prestations moyennes d'assurance-emploi de 257 $ par semaine et une période de prestations de six semaines (au lieu des dix semaines préconisées par le CCNTA), le Comité est d'avis qu'il en coûterait environ 240 millions de dollars par année pour verser des prestations aux personnes qui dispensent des soins palliatifs à domicile. Selon le Comité, il faudrait accorder jusqu'à six semaines de congé aux employés qui veulent prodiguer des soins palliatifs à domicile à parent mourant, et le gouvernement fédéral devrait envisager de permettre aux employés qui se prévalent de ce congé d'avoir droit à des prestations d'assurance-emploi. Par conséquent, le Comité recommande :

Que le gouvernement fédéral étudie la possibilité de permettre que des prestations d'assurance-emploi soient versées pendant une période de six semaines aux salariés canadiens qui choisissent de s'absenter du travail pour prodiguer des soins palliatifs à domicile à un parent mourant.

9.3 Crédit d'impôt pour fournisseurs de soins

Le programme d'assurance-emploi n'est pas le seul moyen d'aider les soignants. Les crédits d'impôt en sont un autre. Dans le budget de 1998, on reconnaissait que les familles s'occupant d'un être cher malade avaient besoin d'une aide gouvernementale et l'on prévoyait un crédit d'impôt pour les personnes qui vivent avec leur mère ou leur père âgé, un grand-parent ou un parent handicapé à charge et qui lui dispensent des soins à domicile. Ce crédit réduit l'impôt fédéral-provincial combiné d'un montant pouvant atteindre 600 $.

Le gouvernement fédéral accorde également un crédit d'impôt pour frais médicaux. Ce crédit permet aux Canadiens de déduire de leur revenu le coût de certains appareils, soins ou équipements médicaux. Il existe également d'autres crédits d'impôt, dont le crédit d'impôt pour personnes handicapées et la déduction pour frais de soins auxiliaires.

Le Comité recommande :

Que le gouvernement fédéral étudie la possibilité d'étendre l'application des mesures fiscales déjà existantes aux personnes qui s'occupent d'un membre d'un proche mourant ou à celles qui paient pour obtenir ces services au nom du mourant.

9.4 Protection des emplois

En vertu de la Constitution, ce sont les provinces qui assument la responsabilité première en matière de législation du travail, notamment en matière de protection des emplois. Cependant, certains secteurs relèvent de la compétence du gouvernement fédéral, soit les fonctionnaires fédéraux, le personnel militaire et les employés des pénitenciers fédéraux. Ces personnes sont régies par le *Code canadien du travail* et c'est le Conseil du Trésor qui est responsable des employés du gouvernement fédéral.

En ce qui concerne la protection des emplois, le gouvernement fédéral pourrait prendre l'initiative de voir à ce que les employés qui s'absentent du travail pour s'occuper d'un parent mourant ne risquent pas de perdre leur emploi. Par conséquent, le Comité recommande :

> **Que le gouvernement fédéral modifie le *Code canadien du travail* de façon à permettre aux employés de s'absenter dans les situations de crise familiale, par exemple pour s'occuper d'un proche mourant, et qu'il collabore avec les provinces afin de favoriser de telles modifications aux codes provinciaux du travail.**

De plus, le gouvernement fédéral pourrait prendre d'autres mesures en ce qui concerne ses propres fonctionnaires. Le Comité recommande :

> **Que le gouvernement fédéral prenne l'initiative en tant qu'employeur en modifiant la législation du Conseil du Trésor afin de protéger les emplois de ses propres employés qui s'occupent d'un proche mourant.**

9.5 Conclusion

Le gouvernement fédéral peut agir comme chef de file et appuyer les Canadiens en fin de vie et leur famille, notamment en veillant à offrir à ceux qui le désirent les services dont ils ont besoin pour mourir à la maison avec dignité. Un nouveau programme national à frais partagés assurant la prestation de soins palliatifs à domicile représenterait un pas important dans ce sens.

Le gouvernement fédéral peut agir comme chef de file et appuyer les Canadiens en fin de vie et leur famille, notamment en veillant à offrir à ceux qui le désirent les services dont ils ont besoin pour mourir à la maison avec dignité.

De plus, les autres mesures recommandées dans le présent chapitre amélioreraient sensiblement la situation des personnes qui choisissent de prodiguer des soins à un parent malade à la maison. On pourrait offrir une aide financière immédiate aux soignants par le biais du programme d'assurance-emploi. De plus, cette solution mènerait probablement à l'adoption de lois sur la protection des emplois dans les provinces, comme dans le cas des dispositions relatives aux prestations de maternité complémentaires. Cette option présente cependant un inconvénient puisqu'elle ne vise que les travailleurs assurés. Les crédits d'impôt, quant à eux, ont l'avantage de procurer une couverture plus large, mais ils ne permettent pas de

remplacer le revenu en période de besoin et ne contribueraient probablement pas à l'adoption de mesures législatives pour protéger les emplois.

Prises globalement, toutes les recommandations du présent chapitre forment un ensemble de mesures qui, si elles sont mises en œuvre, marqueront un véritable progrès vers la prestation de soins de fin de vie de qualité aux Canadiens.

Partie V : Accroître la capacité et construire l'infrastructure

CHAPITRE DIX

LE RÔLE DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL DANS L'INFRASTRUCTURE DE SOINS DE SANTÉ

Dans le volume cinq, le Comité a présenté ses conclusions et ses recommandations d'ensemble en ce qui a trait au rôle du gouvernement fédéral dans l'infrastructure des soins de santé[213]. Ces recommandations étaient fondées sur le troisième des rôles que le Comité a attribués au gouvernement fédéral, dans le volume quatre, au sujet des soins de santé et de la santé en général, en l'occurrence celui touchant le « soutien de l'infrastructure des soins de santé et de l'infostructure de la santé »[214].

Le Comité est intimement convaincu que les technologies de la santé, les dossiers de santé électroniques ainsi que l'évaluation de la qualité, de l'efficacité et des résultats sont les trois aspects de l'infrastructure canadienne des soins de santé auxquels le gouvernement fédéral doit accorder la priorité.

Dans le présent chapitre, le Comité précise ses recommandations relatives aux technologies de la santé (section 10.1), aux dossiers de santé électroniques (section 10.2) et à l'évaluation de la qualité, de l'efficacité et des résultats (section 10.3). Ce sont là les trois aspects de l'infrastructure canadienne des soins de santé auxquels, selon le Comité, le gouvernement fédéral doit accorder la priorité.

La collecte de renseignements sur les patients aux fins d'un système de dossiers de santé électroniques (DES) et l'utilisation de ces renseignements aux fins 1) de la pratique clinique, 2) de la gestion du système, 3) de l'évaluation de l'efficacité et des résultats et 4) des recherches en santé soulève un certain nombre de questions importantes et complexes touchant la protection des renseignements personnels en matière de santé. Celles-ci sont abordées à la section 10.4.

10.1 Technologies de la santé

Dans le volume cinq, le Comité constate que, malgré l'importance que revêtent les technologies de la santé dans la prestation de services de qualité supérieure en temps opportun, le Canada traîne encore très nettement de l'arrière par rapport aux autres pays de l'OCDE sur le plan de l'accès aux nouvelles technologies. En effet, il est au 21^{e} rang des 28 pays de l'OCDE pour ce qui est de l'accès à un tomodensitomètre, au 19^{e} rang (sur 22) pour l'accès à un lithotripteur et 19^{e} (sur 27) pour l'accès à un IRM. Il n'est en bonne place qu'au chapitre de l'accès aux appareils de radiologie (6^{e} sur 17).

Pire encore, les chiffres montrent que l'écart se creuse. Ainsi, la position du Canada par rapport aux autres pays de l'OCDE, notamment l'Australie, la France, les Pays-Bas et les États-Unis, pour ce qui est de l'accès à l'IRM, a reculé entre 1986 et 1995[215].

---

213 Volume cinq, p. 73-94.

214 Volume quatre, p. 11.

En outre, toujours dans le volume cinq, nous faisons remarquer que le « vieillissement » des appareils pose aussi problème. D'après des informations communiquées au Comité, 30 à 63 % des appareils d'imagerie médicale actuellement utilisés au Canada sont désuets. Cette situation risque non seulement d'affecter la santé des patients, mais elle suscite des préoccupations quant à la responsabilité des professionnels de la santé[216].

Le Comité craint que le manque d'équipement et l'utilisation d'appareils désuets ne nuisent à l'établissement de diagnostics précis et à la qualité des traitements. En outre, nous craignons que le déficit sur le plan des technologies de la santé n'ait eu pour effet de limiter l'accès aux soins nécessaires et d'allonger les périodes d'attente. À notre avis, les technologies de la santé sont essentielles pour pouvoir offrir aux Canadiens des soins de santé de qualité supérieure en temps opportun.

Le Comité craint que le manque d'équipement et l'utilisation d'appareils désuets ne nuisent à l'établissement de diagnostics précis et à la qualité des traitements. En outre, nous craignons que le déficit sur le plan des technologies de la santé n'ait pour effet de limiter l'accès aux soins nécessaires et d'allonger les périodes d'attente.

En septembre 2000, le gouvernement fédéral a décidé de remédier au déficit sur le plan des technologies de la santé en créant le Fonds pour l'acquisition de matériel médical (FAMM). Il a versé un milliard de dollars aux provinces et territoires (au prorata de leurs populations, sur une période de deux ans) afin de leur permettre d'acheter des technologies de la santé. Le Comité se réjouit de cette injection de nouveaux fonds fédéraux. Cependant, nous avons soulevé plusieurs préoccupations dans le volume cinq relativement au FAMM :

- Premièrement, toutes les provinces n'ont pas encore réclamé la part qui leur revient, sans doute parce que le gouvernement fédéral exige qu'elles fournissent une subvention de contrepartie, ce qui est difficile pour certaines d'entre elles.
- Deuxièmement, l'exploitation de nouveaux équipements entraîne de nouvelles dépenses, qui peuvent être difficiles à assumer même pour les provinces qui ont les moyens de s'équiper.
- Troisièmement, cet investissement ne règle en rien le problème de la modernisation des équipements désuets.
- Quatrièmement, même les nouvelles sommes investies dernièrement ne porteront pas le Canada à un niveau comparable à celui des autres pays de l'OCDE.
- Enfin, il n'existe apparemment pas de mécanisme de reddition de comptes qui permette de savoir ce que font exactement les provinces et les territoires des sommes qui leur sont accordées pour acheter de l'équipement neuf.

---

215 Volume cinq, p. 73-74.
216 Volume cinq, p. 74.

En juillet 2002, l'Association médicale canadienne a remis un rapport sur le Fonds pour l'acquisition de matériel médical qui traite d'un grand nombre de ces préoccupations[217]. Voici ce que l'on apprend à la lecture de ce document d'information :

- Comme il n'existe pas de mécanismes de reddition de comptes transparents, il est difficile de déterminer si les objectifs ultimes du FAMM ont été atteints.
- Près de 60 % du milliard de dollars versé par l'intermédiaire du FAMM ont servi à absorber de nouvelles dépenses (supplémentaires) dans le domaine des technologies de la santé, tandis que 40 % ont alimenté des dépenses déjà prévues.
- Le FAMM a permis d'apporter des améliorations allant de modestes à importantes dans l'accès aux technologies de la santé au Canada par rapport aux autres pays de l'OCDE. Par exemple, l'écart dans ce domaine a été considérablement réduit dans le cas des appareils de radiologie et d'IRM depuis l'adoption du FAMM, mais cet écart demeure important dans le cas des tomodensitomètres, des tomographes par émission de positrons et des lithotripteurs.
- On estime à quelque 1,15 milliard de dollars l'investissement qui est encore nécessaire pour permettre au Canada de se hisser au niveau moyen établi pour sept pays de l'OCDE en 1997. Sur cette somme, 650 millions de dollars devront servir à l'achat de nouveaux équipements médicaux et 500 millions de dollars au financement des frais de fonctionnement supplémentaires. Il faudra à tout prix que les provinces et territoires disposent de cette somme pour être en mesure de se prévaloir des fonds destinés à l'achat de matériel, faute de quoi l'investissement pourrait ne pas se réaliser, certaines provinces et certains territoires risquant de ne pas avoir les moyens financiers d'exploiter le nouvel équipement.

Les estimations d'ensemble de l'Association médicale canadienne sont très prudentes; elles se limitent à quelques appareils seulement (tomodensitomètres, IRM, lithotripteurs, tomographes par émission de positrons et accélérateurs linéaires). Qui plus est, l'investissement de 1,15 milliard de dollars dans les technologies de la santé ne permettrait au Canada que de se hausser au niveau atteint en 1997 par les autres pays de l'OCDE pour ce qui est de ces cinq appareils en particulier[218].

D'après d'autres calculs effectués par l'Association canadienne des institutions de santé universitaires, les centres universitaires des sciences de la santé (CUSS) auront besoin de 1,7 à 2,5 milliards de dollars (soit quelque 420 millions de dollars par an sur cinq

Le Comité croit que l'achat de technologies de la santé exige l'injection de nouveaux fonds. Nous croyons aussi que le gouvernement fédéral devra soutenir financièrement les provinces et les territoires pour leur permettre d'acquérir du nouveau matériel médical.

[217] Association médicale canadienne, *Whither the Medical Equipment Fund?*, document d'information et notes techniques, juillet 2002.

[218] Association canadienne des institutions de santé universitaires, *Background Information in Support of a National Teaching Centre Health Infrastructure Fund*, projet de mémoire présenté au Comité, 6 août 2002.

ans) pour acheter et exploiter du matériel médical de pointe.

Les constats auxquels parviennent l'Association médicale canadienne et l'Association canadienne des institutions de santé universitaires dans leurs documents confortent le Comité dans ses observations et conclusions du volume cinq. Nous croyons donc que l'achat de technologies de la santé exige l'injection de nouveaux fonds. Nous croyons aussi que le gouvernement fédéral devra soutenir financièrement les provinces et les territoires pour leur permettre d'acquérir du nouveau matériel médical.

Le Comité estime que le gouvernement fédéral doit veiller à ce que tous les nouveaux fonds destinés aux technologies de la santé soient consacrés à l'achat de matériel médical plutôt qu'au financement de dépenses déjà prévues. Nous sommes en outre intimement convaincus qu'il faudrait resserrer les mécanismes de reddition de comptes pour ce qui est de l'utilisation des fonds fédéraux ciblés, comme le FAMM.

Le Comité est intimement convaincu qu'il faudrait resserrer les mécanismes de reddition de comptes pour ce qui est de l'utilisation des fonds fédéraux ciblés, comme le FAMM.

Le Comité fait par ailleurs remarquer, dans le volume cinq, qu'il convient d'effectuer davantage d'évaluations des technologies de la santé (ETS) au moment de décider de l'adoption de technologies nouvelles ou du remplacement des appareils médicaux[219]. L'ETS permet d'obtenir des informations sur la sûreté des technologies, leur efficacité clinique et leur rentabilité et elle prend en compte les aspects sociaux, juridiques et éthiques du recours aux technologies de la santé. Le Comité insiste sur le fait que, tous ordres de gouvernement confondus, le Canada investit annuellement moins de 8 millions de dollars au total dans l'ETS, comparativement aux quelque 100 millions de dollars que le Royaume-Uni consacre à son National Institute for Clinical Evidence (NICE). Forts de ce constat, nous recommandons, dans le volume cinq, que le gouvernement fédéral accroisse le montant des fonds destinés aux organismes chargés de l'ETS afin de favoriser l'évaluation des technologies de la santé courantes et nouvelles.

Enfin, le Comité croit qu'une part importante du financement destiné à l'achat de technologies de la santé devrait aller aux CUSS qui possèdent actuellement une grande partie du matériel médical de pointe. De plus, les CUSS sont bien placés, compte tenu de leur infrastructure matérielle et clinique, pour se lancer dans des activités d'ETS de pointe. Le Comité estime que le financement fédéral consacré aux technologies de la santé ne devrait pas être consenti à des cliniques privées puisqu'elles n'exercent aucune activité d'enseignement, d'évaluation ou de recherche.

Le Comité prend acte du rôle important que jouent les CUSS dans la mise en place et l'évaluation des nouvelles technologies de la santé. Nous reconnaissons que les hôpitaux communautaires doivent, eux aussi, pouvoir investir davantage dans l'achat de nouveau matériel médical. Nous croyons que le gouvernement fédéral doit jouer un rôle de premier plan pour maintenir l'investissement à long terme dans les technologies de la santé nécessaires.

---

[219] Volume cinq, p. 77-79.

Le Comité ne croit cependant pas qu'un programme comme le FAMM soit le moyen à utiliser pour atteindre cet objectif. Nous sommes d'accord avec la position des témoins à l'effet que le financement fédéral doit s'inscrire dans un cadre financier pluriannuel et viser à satisfaire aux demandes émanant des établissements de santé eux-mêmes, dont l'examen serait confié à un groupe d'experts indépendants. À nos yeux, cette formule correspond à un modèle de gouvernance plus *efficace* et *responsable*.

Le Comité est d'accord avec la position des témoins à l'effet que le financement fédéral doit s'inscrire dans un cadre financier pluriannuel, et viser à satisfaire aux demandes émanant des établissements de santé eux-mêmes, dont l'examen serait confié à un groupe d'experts indépendants.

Ainsi, en vertu de ce modèle, les hôpitaux universitaires et communautaires ainsi que les régies régionales de la santé (RRS) seraient tenus d'assortir leurs demandes de solides justifications quant aux ressources supplémentaires requises. Le bien-fondé de chaque demande serait évalué par un groupe d'experts indépendants qui ferait ensuite rapport au ministre de la Santé. En outre, afin de garantir la reddition de comptes, les candidats retenus devraient faire rapport de la façon dont ils dépensent les fonds perçus. Le Comité recommande donc :

Que le gouvernement fédéral verse aux hôpitaux des fonds expressément destinés à l'achat et à l'évaluation de technologies de la santé. Le gouvernement fédéral devrait consacrer à cette fin 2,5 milliards de dollars au total sur cinq ans (ou 500 millions de dollars par année). De ce montant, 400 millions de dollars seraient alloués annuellement aux centres universitaires des sciences de la santé, et 100 millions de dollars aux hôpitaux communautaires. Le financement des hôpitaux communautaires serait partagé à parts égales avec les provinces, tandis que la financement des centres serait assuré intégralement par le gouvernement fédéral.

Que les établissements bénéficiant de ce programme fassent rapport de la façon dont ils utilisent les fonds reçus.

10.2 Dossiers de santé électroniques

Le dossier de santé électronique (DSE) s'appuie sur un système automatisé alimenté par les fournisseurs de soins de santé, à l'intérieur d'un réseau électronique donnant accès au dossier de santé complet du patient, notamment aux renseignements concernant les visites chez le médecin, les séjours à l'hôpital, les médicaments prescrits, les analyses de laboratoire, etc.

Le dossier de santé électronique (DSE) s'appuie sur un système automatisé alimenté par les fournisseurs de soins de santé, à l'intérieur d'un réseau électronique donnant accès au dossier de santé complet du patient, notamment aux renseignements concernant les visites chez le médecin, les séjours à l'hôpital, les médicaments prescrits, les analyses de laboratoire, etc. Dans

le volume cinq, le Comité rappelait que le système de DSE représente la première étape d'un processus de collecte de renseignements sur la santé qui permettra de prendre des décisions fondées sur des données probantes dans l'ensemble du système de soins de santé. Un système de DSE offre d'énormes possibilités pour réaliser l'intégration des divers éléments du système de soins de santé du Canada, actuellement cloisonné[220].

Tout système de DSE possède l'importante caractéristique suivante : il permet aux fournisseurs de soins de santé et aux établissements, où qu'ils se trouvent, d'accéder au besoin à des renseignements sur les patients, grâce à l'interconnexion de bases de données interopérables qui respectent les normes nécessaires en matière de technique et de données. Un tel système permet non seulement d'accroître sensiblement la qualité de la prestation et la rapidité d'accès aux soins, mais il permet aussi d'améliorer la gestion et l'efficacité du système de soins de santé de même que la reddition de comptes à son égard. De plus, les données recueillies grâce à un système de DSE peuvent être très utiles aux fins de la recherche en santé.

Les avantages d'un tel système sont nombreux :

> *La mise en œuvre à l'échelle nationale de solutions de DSE interopérables, qui permettent aux fournisseurs de soins et à leurs patients de disposer de données complètes et transférables, habiliteront les Canadiens et permettront d'améliorer la qualité, la sécurité, l'accessibilité, la rapidité et l'efficacité des services.*
>
> *De plus, leur mise en œuvre permettra de créer, d'analyser et de diffuser, à l'échelle du Canada et du monde, des données grâce auxquelles les patients, les citoyens et les aidants, de même que les professionnels de la santé, les fournisseurs de soins, les administrateurs du réseau de la santé ainsi que les responsables des orientations politiques pourront prendre des décisions plus informées. Grâce aux DSE, il sera possible de maximiser le rendement des investissements dans les TIC, grâce à l'harmonisation des systèmes, et de favoriser l'interopérabilité de même que l'élaboration de normes communes*[221].

Tous les ordres de gouvernement du Canada ont reconnu l'importance d'élaborer et de mettre en œuvre des systèmes de DSE. En effet, le 11 septembre 2000, les premiers ministres provinciaux ont convenu de collaborer à l'établissement d'un système intégré au cours des trois prochaines années et à la formulation de normes communes de données destinées à assurer la compatibilité et l'interopérabilité des réseaux provinciaux d'information sur la santé, de même qu'à garantir une stricte protection des renseignements médicaux personnels.

À l'appui de l'accord conclu par les premiers ministres, le gouvernement fédéral a engagé 500 millions de dollars en 2000-2001 afin de mettre sur pied une société sans but lucratif du nom d'Inforoute Santé du Canada Inc. (ou *Inforoute*). *Inforoute* n'est ni un organisme fédéral, ni une société d'État et elle n'est pas non plus contrôlée par le gouvernement fédéral. *Inforoute* regroupe les sous-ministres de la Santé des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et

---

[220] Volume cinq, p. 82-84.

[221] Linda Lizotte-MacPherson, présidente et présidente-directrice-générale d'*Inforoute*, lettre au Comité, 24 juillet 2002, p. 7.

elle est régie par un conseil d'administration dont les membres représentent les différentes régions du Canada[222] et comptent aussi quelques administrateurs indépendants.

En juillet 2002, *Inforoute* a transmis au Comité un exemplaire de son plan d'activités. L'organisme y indique son intention d'investir dans des projets susceptibles d'améliorer les soins dispensés aux patients, à partir de la base de gestion de l'information existante, de multiplier les investissements et d'harmoniser les priorités fédérales, provinciales et territoriales de façon durable pour parvenir à mettre en œuvre un système pancanadien de DSE.

Le Comité est conscient que les coûts associés à la mise en œuvre d'un système pancanadien et interopérable de DSE dépasseront de loin l'investissement initial de 500 millions de dollars du gouvernement fédéral. En fait, d'après les données d'*Inforoute*, la mise en place d'un système coordonné de DSE à l'échelle du Canada coûtera 2,2 milliards de dollars. S'il devait ne pas y avoir de coordination, autrement dit si les instances responsables travaillaient chacune de leur côté, les coûts ponctuels de mise en œuvre atteindraient alors 3,8 milliards de dollars. Force est de constater que la mise en place d'un système de DSE exigera de gros efforts de coordination de la part de toutes les instances concernées, de même que la mise en commun des ressources, la collaboration du secteur privé et le recours à de nouvelles sources de financement.

Dans l'ensemble, le Comité se réjouit du travail entrepris par *Inforoute* en vue de la mise en œuvre d'un système national de DSE. Nous croyons qu'un tel système sera grandement profitable aux Canadiens et à leur système public de soins de santé si sa portée est nationale. En fait, l'établissement d'un système *national* de DSE est crucial. En conséquence, nous estimons que le gouvernement fédéral doit faire preuve de leadership et débloquer les ressources nécessaires à cette fin. Le Comité réitère donc la recommandation qu'il avait formulée dans le volume cinq, à savoir :

Le Comité croit qu'un tel système sera grandement profitable aux Canadiens et à leur système public de soins de santé si sa portée est nationale. En fait, l'établissement d'un système national de DSE est crucial. En conséquence, nous estimons que le gouvernement fédéral doit faire preuve de leadership et débloquer les ressources nécessaires à cette fin.

> **Que le gouvernement fédéral accorde un financement additionnel à Inforoute Santé du Canada Inc. pour permettre à cette entreprise de créer, de concert avec les provinces et les territoires, un système national de dossiers de santé électroniques.**

De plus, le Comité recommande :

> **Que le financement fédéral supplémentaire versé à *Inforoute* s'élève à 2 milliards de dollars sur cinq ans, soit une enveloppe annuelle de 400 millions de dollars.**

[222] Le Québec a préféré, jusqu'ici, s'abstenir de participer en qualité de membre et ne s'est donc pas prévalu de son droit de nommer un représentant au conseil d'administration d'*Inforoute*.

La question de la protection de la vie privée, de la confidentialité et de la sécurité des renseignements personnels sur la santé dans le contexte d'un système de DSE est probablement l'aspect le plus délicat soulevé lors des audiences du Comité à ce sujet. Nous y reviendrons plus en détail à la section 10.4. Il convient toutefois de souligner ici qu'un système de DSE offre de réelles possibilités d'amélioration de la protection des renseignements médicaux personnels. À l'heure actuelle, rien ne garantit la protection des dossiers médicaux personnels. De plus, les patients n'ont pas facilement accès à leurs propres dossiers et, en fait, ne savent même pas où ceux-ci se trouvent. Le Comité est d'avis que l'absence de DSE communs met en péril la protection des renseignements personnels et la qualité des soins de santé en raison de la dispersion de parcelles de renseignements ici et là dans les dossiers des cabinets de médecin, des hôpitaux, des services de santé publique, des fournisseurs de soins à domicile, des centres d'hébergement et de soins de longue durée, etc.

Le Comité est d'avis que l'absence de DSE communs met en péril la protection des renseignements personnels et la qualité des soins de santé en raison de la dispersion de parcelles de renseignements ici et là dans les dossiers des cabinets de médecin, des hôpitaux, des services de santé publique, des fournisseurs de soins à domicile, des centres d'hébergement et de soins de longue durée, etc.

10.3 Évaluation de la qualité, de l'efficacité et des résultats

Dans le volume cinq[223], le Comité affirme qu'un investissement à long terme dans les technologies de l'information et des communications, notamment dans un système de DSE, permettra de recueillir des renseignements plus pertinents et plus opportuns sur l'accès aux soins, la qualité de leur prestation, l'efficacité du système de soins et ses résultats pour le patient. Nous indiquons aussi que les gouvernements doivent financer le système de DSE sans toutefois se charger d'évaluer les données sur la santé, la qualité des soins et les résultats. À l'instar des témoins, nous reconnaissons que la collecte et l'évaluation des renseignements sur la santé sont actuellement effectuées par ceux qui financent et assurent la prestation des soins de santé, à savoir les gouvernements.

Nous avons ainsi constaté que les résultats ne font l'objet d'aucune évaluation indépendante et qu'il n'existe pas de vérification externe de l'impact des diverses interventions sur les patients. Cette même préoccupation a été soulevée dans les rapports des différentes commissions provinciales sur les soins de santé. À la lumière des témoignages et des rapports provinciaux, le Comité a conclu que le rôle d'évaluation du système de soins de santé doit être dissocié de celui qui est lié au financement et à la prestation des soins afin de permettre une évaluation indépendante de l'efficacité et des résultats du système de soins de santé.

Le Comité est convaincu que le rôle d'évaluation du système de soins de santé doit être dissocié de celui qui est lié au financement et à la prestation des soins afin de permettre une évaluation indépendante de l'efficacité et des résultats du système de soins de santé.

[223] Volume cinq, p. 84-87.

Comme cela est expliqué en détail au chapitre un, le Comité est d'avis qu'une telle évaluation indépendante doit être menée à l'échelle nationale (et non fédérale). Ce genre d'approche permettrait une mise en commun des compétences de nature à optimiser l'emploi des ressources humaines limitées dont dispose actuellement le Canada, d'où la réalisation d'importantes économies d'échelle. C'est pourquoi nous recommandons la création d'un poste de commissaire national aux soins de santé chargé de formuler des observations et des recommandations sur l'efficacité du système de soins de santé, l'état de santé de la population et les résultats obtenus.

Le Comité est d'avis qu'une telle évaluation indépendante doit être menée à l'échelle nationale (et non fédérale) par le commissaire national aux soins de santé, poste dont le Comité recommande la création au chapitre un.

De plus, le Comité croit que le travail du commissaire national aux soins de santé aux fins de l'évaluation de l'efficacité et des résultats du système de soins de santé devrait reposer sur celui des organismes nationaux actuellement chargés de procéder à des évaluations indépendantes du système.

Le Comité est intimement convaincu que l'Institut canadien de l'information sur la santé (ICIS) devrait être appelé à collaborer à un système national d'évaluation indépendante. Nous estimons que l'ICIS a fait ses preuves dans la collecte de données normalisées et l'élaboration d'indicateurs applicables au système de soins de santé. Le fruit de ses travaux est le résultat d'une collaboration avec divers ordres de gouvernement et de multiples intervenants.

De plus, l'ICIS dispose déjà d'imposantes données d'archives de nature à faciliter la surveillance du système de soins de santé (dans différents domaines comme les ressources humaines, les effets indésirables, les délais d'attente, les groupes homogènes de patients (DRG), l'efficacité du système, les indicateurs de l'état de santé, la gestion financière, etc.). Qui plus est, l'ICIS dispose déjà de mécanismes de production de rapports publics dignes de foi.

Nous estimons que l'ICIS a fait ses preuves dans la collecte de données normalisées et l'élaboration d'indicateurs applicables au système de soins de santé.

Depuis sa création, l'ICIS fournit une excellente information à la population canadienne, aux gestionnaires des soins de santé et aux décideurs. Cependant, son budget, qui est actuellement de 95 millions de dollars sur quatre ans (2001-2005), ne suffit pas pour investir comme il le faudrait pour être en mesure de produire l'information nécessaire pour prévoir et gérer les effets des changements recommandés par le Comité sur le système de soins de santé et en faire rapport. Nous sommes donc fermement convaincus de la nécessité d'augmenter considérablement le budget de l'ICIS.

Un autre organisme national, le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) s'est doté d'une solide assise grâce au processus d'agrément volontaire des établissements de soins de santé. Le Comité a appris que cet organisme a bâti sa crédibilité sur son désir de viser, en permanence, l'amélioration de la qualité; c'est là une orientation qu'il faudra préserver.

Selon nous, il conviendrait, dans le cadre d'un système national d'évaluation, d'élargir le mandat du CCASS pour qu'il puisse imposer à tous les secteurs des soins de santé (RRS, hôpitaux publics et hôpitaux privés, établissements de soins de santé primaires, etc.) un agrément ordinaire, renouvelable à intervalles réguliers. L'agrément doit reposer sur des normes nationales reconnues. Si ces normes ne sont pas respectées et que les mesures prises pour corriger la situation sont insatisfaisantes, l'agrément ne doit pas être accordé. Le processus d'agrément contribuerait à la mise en œuvre d'un mécanisme de reddition de comptes transparent.

Le Comité recommande donc :

Que le gouvernement fédéral accorde un financement annuel supplémentaire de 50 millions de dollars à l'Institut canadien d'information sur la santé et verse en outre une somme annuelle de 10 millions de dollars au Conseil canadien d'agrément des services de santé. Ce nouvel investissement fédéral contribuera à l'établissement d'un système national d'évaluation de l'efficacité et des résultats du système de soins de santé et facilitera ainsi la tâche au commissaire national aux soins de santé.

10.4 Protection des renseignements personnels sur la santé

Les dossiers de santé électroniques modifieront vraisemblablement l'application des principes de traitement équitable de l'information à bien des égards. L'élaboration et la mise en œuvre de systèmes de DSE d'un bout à l'autre du pays transformeront les rapports bilatéraux qu'entretiennent habituellement le patient et le fournisseur en un ensemble d'interactions plus complexes entre le patient et le système de soins de santé.

En raison de leur nature même, les documents sur papier sont essentiellement des éléments distincts d'information personnelle qui peuvent être colligés sur papier et placés dans un endroit précis, souvent sur l'initiative d'un seul fournisseur et accessibles à lui seul dans le contexte d'une rencontre individuelle. Il en va différemment des DSE qui peuvent être regroupés dans un fichier d'information personnelle sur la santé de portée longitudinale plus complète et détaillée, et dont le contenu est établi à partir de sources multiples, puis saisi dans un format électronique facilement accessible et auquel de multiples utilisateurs autorisés peuvent avoir accès, en temps réel, où qu'ils se trouvent.

Cette transformation se répercutera inévitablement sur la façon dont les patients peuvent exercer de façon concrète et pratique leur droit à la protection des renseignements personnels en matière de santé. De même, elle aura une incidence sur la façon dont les responsabilités et les obligations de rendre compte sont

Les technologies de l'information sur la santé offrent malgré tout de réelles possibilités d'améliorer la protection de la vie privée grâce à des dispositifs de sécurité plus efficaces qui restreignent l'accès et à des mécanismes améliorés de suivi qui permettent de vérifier toutes les opérations.

coordonnées et partagées entre les multiples utilisateurs.

C'est ce qui explique que l'évolution des technologies de l'information sur la santé, notamment l'élaboration et la mise en œuvre de DSE, est souvent perçue comme menaçante pour le respect de la vie privée. Cette réserve est attribuable en partie à l'élargissement possible de l'accès à de multiples utilisateurs et au manque apparent de contrôle exercé par le patient sur les renseignements concernant sa propre santé. Cela étant dit, les technologies de l'information sur la santé offrent malgré tout de réelles possibilités d'améliorer la protection de la vie privée grâce à des dispositifs de sécurité plus efficaces qui restreignent l'accès et à des mécanismes améliorés de suivi qui permettent de vérifier toutes les opérations. Ces avantages possibles sont aussi inhérents aux DSE que les éventuelles menaces qu'ils peuvent poser.

La mise en place d'un système de DSE est censée être la première étape cruciale de l'élaboration d'une éventuelle infostructure pancanadienne de la santé. Les avantages immédiats et évidents des DSE dans le contexte des soins de santé primaires concernent notamment les gains d'efficience découlant d'une gestion plus efficace des dossiers de santé des patients et de l'intégration des services de santé offerts. Les DSE devraient aussi accroître la qualité des soins de santé dispensés étant donné que les fournisseurs pourront acquérir une connaissance plus approfondie de l'état de santé de leur patient, ce qui est essentiel pour pouvoir poser un bon diagnostic et prescrire un traitement efficace et des médicaments sûrs, en particulier dans les situations d'urgence ou lorsque des soins sont dispensés à l'extérieur de la province de résidence.

Les DSE devraient aussi accroître la qualité des soins de santé dispensés étant donné que les fournisseurs pourront acquérir une connaissance plus approfondie de l'état de santé de leur patient, ce qui est essentiel pour pouvoir poser un bon diagnostic et prescrire un traitement efficace et des médicaments sûrs, en particulier dans les situations d'urgence ou lorsque des soins sont dispensés à l'extérieur de la province de résidence.

De plus, l'infostructure pancanadienne de la santé devrait responsabiliser les patients puisqu'ils auront accès eux aussi à une information sur la santé de meilleure qualité. Il leur sera ainsi possible de faire des choix éclairés au sujet de leur santé, de la santé d'autrui et du système de soins de santé. Une infostructure de la santé offrira aux gestionnaires des soins de santé les outils nécessaires pour mieux évaluer les fournisseurs de services et permettra une meilleure reddition de comptes. De même, elle fournira aux chercheurs les assises nécessaires pour continuer à améliorer les soins de santé et mieux comprendre les déterminants de la santé[224].

À l'heure actuelle, il y a trois principaux enjeux en matière de protection des renseignements personnels qui doivent être pris en compte si nous voulons que les DSE deviennent une réalité au Canada au cours des cinq à sept prochaines années. Ce sont, en l'occurrence :

---

[224] *Inforoute Santé du Canada: Voies vers une meilleure santé*, Rapport final du Conseil consultatif sur l'infostructure de la santé, décembre 1999.

1. La nécessité de mieux harmoniser l'approche adoptée à l'égard de la protection des renseignements personnels d'un territoire de compétence à l'autre afin d'uniformiser les conditions régissant le partage de renseignements personnels sur la santé entre les utilisateurs et d'assurer la même protection à tous les patients.

2. La nécessité d'élaborer des balises, des politiques et des procédures rigoureuses et efficaces en matière de protection de la vie privée, qui peuvent être mises en œuvre de façon pratique et rentable.

3. La nécessité de convaincre le public que les renseignements personnels sur la santé seront protégés dans un monde électronique[225].

À l'heure actuelle, il y a d'énormes variations dans les lois sur la protection des renseignements personnels et les politiques en matière d'accès aux données en vigueur d'un bout à l'autre du pays. Ces écarts sont autant de défis posés aux systèmes de DSE, dont le fonctionnement est tributaire de l'acheminement des renseignements personnels sur la santé d'un secteur à l'autre et d'une province ou d'un territoire à l'autre. Le manque d'uniformité des règles régissant la définition des fins autorisées, la forme de consentement exigé, les conditions applicables à la prise de décisions pour autrui, les critères d'accès sans consentement à des renseignements personnels sur la santé, les périodes de conservation des données et les exigences en matière de destruction, pour n'en nommer que quelques-uns, doivent être examinés attentivement si nous voulons être en mesure d'élaborer des systèmes de DSE.

De plus, les organismes de surveillance actuellement en place dans les différents secteurs et au sein des différentes instances peuvent exercer des pouvoirs législatifs délégués de portée variable sur certains aspects des systèmes de DSE, mais non sur d'autres. Sans une certaine coordination globale, cette approche fragmentaire rendra très difficile en pratique l'adoption d'un système d'examen et de surveillance, d'un processus d'approbation, d'une procédure d'enquête et de sanctions.

Le Comité se réjouit des efforts constants déployés par les instances fédérales-provinciales-territoriales pour mettre au point une approche harmonisée à l'égard de la protection des renseignements personnels sur la santé. De façon précise, le Comité recommande :

Que les enjeux clés suivants fassent l'objet d'une plus grande harmonisation et coordination entre les instances fédérales, provinciales et territoriales :

- **des règles d'accès sélectif restreignant l'accès aux utilisateurs autorisés en fonction des fins pour lesquelles ceux-ci ont besoin des renseignements;**

---

[225] Voir Conseil consultatif sur l'infostructure de la santé, *Inforoute Santé du Canada : Voies vers une meilleure santé*, Rapport final, décembre 1999; Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur l'infostructure de la santé, *Plan tactique pour une infostructure pancanadienne de la santé*, Mise à jour de 2001; résumé des discussions du forum régional organisé par Inforoute Santé du Canada à l'adresse suivante : http://www.canadahealthinfoway.ca/sub.php?lang=en?secLoc=frm.

- **des règles de consentement régissant la forme et les critères à respecter pour qu'un consentement soit valide;**
- **des conditions autorisant l'accès sans consentement à des renseignements personnels sur la santé dans des circonstances exceptionnelles et pour des fins précises;**
- **des règles régissant la conservation et la destruction des renseignements personnels sur la santé;**
- **des mécanismes permettant d'assurer une surveillance suffisante des systèmes de DSE d'un organisme à l'autre.**

L'autre défi important qui se pose aux DSE réside dans la nécessité de trouver une façon de mettre en œuvre des systèmes de DSE compatibles qui permettent à la fois de préserver le droit des personnes à la protection des renseignements personnels sur leur santé et de satisfaire aux critères de faisabilité et d'efficacité. Peut-être est-il possible d'adopter des mesures matérielles, technologiques et organisationnelles très strictes, mais il se peut que leur application ne soit tout simplement pas pratique ou rentable. De plus, les mesures de protection évoluent sensiblement au fil du temps, à mesure que les technologies et les pratiques habituelles changent, d'où la nécessité d'une mise à jour et d'une modernisation constantes. Les organisations devront faire la différence entre les tendances passagères et les mesures d'avant-garde qui ont fait leur preuve, puis décider en conséquence des investissements à faire.

Dans un environnement de DSE, de nombreux dépositaires interviendront dans la collecte de renseignements personnels sur la santé devant être versés dans un fichier. De multiples utilisateurs autorisés pourront éventuellement avoir légitimement accès aux DSE, pour y ajouter d'autres renseignements et participer collectivement à l'enrichissement du fichier. Comme la responsabilité du contrôle sera partagée entre plusieurs dépositaires et utilisateurs, il devra en être de même de l'obligation de rendre compte. La réelle difficulté résidera donc dans la nécessité de coordonner et de répartir les responsabilités de façon que les droits des patients ne soient pas relégués au second rang. Malgré le caractère apparemment vague du cadre de fonctionnement d'un système de DSE, les patients devront pouvoir adresser leurs questions et leurs préoccupations à une entité identifiable et exercer de façon concrète leur droit d'accès, de correction et de recours en cas de non-conformité.

Le Comité recommande donc :

Qu'Inforoute Santé du Canada Inc. et d'autres investisseurs clés structurent leurs critères d'investissement de façon à créer des conditions de nature à encourager les concepteurs de systèmes DSE à trouver des solutions utiles et pratiques en matière de protection des renseignements personnels pour permettre :

- **l'adoption de mesures de sécurité d'avant-garde pour protéger les renseignements personnels sur la santé et soumettre les opérations à une vérification;**
- **un partage entre les différents dépositaires qui ont accès aux DSE et les utilisent de la responsabilité en matière de reddition de comptes;**
- **une coordination entre les dépositaires de façon que les patients puissent concrètement exercer leur droit d'accès à leur DSE pour y rectifier une inexactitude et contester en cas de non-conformité.**

L'obtention de la confiance du public sera absolument indispensable pour permettre l'élaboration et la mise en œuvre de DSE. Peu d'études ont été menées jusqu'ici pour tenter de mieux comprendre les éléments qui déterminent l'attitude des Canadiens à l'égard de l'utilisation à différentes fins des renseignements personnels concernant leur santé. Or, elles sont essentielles si nous voulons que les DSE soient élaborés et mis en œuvre de façon à tenir compte de ces éléments et à respecter les préoccupations sous-jacentes de la population dans des contextes précis.

Les avantages des DSE sont peut-être évidents pour ceux dont le travail est de les concevoir, mais ils doivent aussi l'être aux yeux des Canadiens. Le projet d'infostructure pancanadienne de la santé engage tout le monde. Un dialogue éclairé et valable doit avoir lieu pour permettre la participation de tous les intervenants clés, notamment les groupes de patients et les représentants des consommateurs. Les fournisseurs seront mieux équipés pour améliorer la qualité des soins qu'ils dispensent et réaliser l'intégration de leurs services; les décideurs et les gestionnaires seront mieux informés pour assurer l'accessibilité aux soins de santé et une reddition de comptes plus serrée; les chercheurs seront mieux en mesure d'évaluer l'efficacité des produits et services médicaux et de comprendre les déterminants de la santé des Canadiens; le grand public sera mieux habilité à faire des choix éclairés au sujet de sa propre santé, des soins de santé et des politiques en matière de santé. Une stratégie de communication publique ouverte, transparente et itérative contribuerait beaucoup à convaincre la population des nombreux avantages des DSE et de la vision véritablement inclusive d'une éventuelle infostructure pancanadienne de la santé. Le Comité recommande donc :

Que les principaux intervenants, notamment les ministères de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux, Inforoute Santé du Canada Inc., l'Institut canadien d'information sur la santé et les Instituts de recherche en santé du Canada, veillent à :

- **entreprendre une étude rigoureuse des facteurs qui déterminent l'attitude des Canadiens à l'égard de ce qui leur paraît être une utilisation acceptable ou non acceptable des renseignements personnels concernant leur santé;**

- **amorcer un dialogue éclairé et valable avec les principaux intervenants, notamment les groupes de patients et les représentants des consommateurs;**
- **mettre en œuvre une stratégie de communication publique ouverte, transparente et itérative pour expliquer les avantages des DSE.**

CHAPITRE ONZE

LES RESSOURCES HUMAINES DE LA SANTÉ

11.1 La gravité de la pénurie de ressources humaines en santé

> ***S'occuper de la question de l'offre de professionnels dans toutes les disciplines des soins de santé et trouver des moyens d'accroître leur productivité individuelle et globale constituent deux des problèmes les plus pressants et les plus complexes auxquels sont confrontés les décideurs de la santé.***

Au cours de ses audiences, le Comité a entendu des témoignages accablants relativement à une pénurie persistante de ressources humaines dans tous les secteurs du système de soins de santé. Cette pénurie touche tout autant les médecins spécialistes que les omnipraticiens, les infirmières autorisées que les infirmières auxiliaires autorisées, les technologues de laboratoire que les pharmaciens. S'occuper de la question de l'offre de professionnels dans toutes les disciplines des soins de santé et trouver des moyens d'accroître leur productivité individuelle et globale constituent deux des problèmes les plus pressants et les plus complexes auxquels sont confrontés les décideurs de la santé.

Il se passe rarement un mois sans qu'on publie une nouvelle étude ou un nouveau rapport confirmant l'ampleur et la gravité de la situation. Plusieurs de ces ouvrages ont paru depuis la publication du dernier rapport du Comité, et ils abondent malheureusement dans le même sens.

Selon un nouveau rapport publié par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) en juin 2002, le nombre de médecins a atteint un sommet au Canada en 1993; il a diminué de 5 % depuis, ce qui a fait baisser le ratio médecin-population au niveau d'il y a 15 ans[226]. Le document de l'ICIS illustre une fois de plus la grave pénurie de ressources humaines ainsi que ses conséquences, notamment le moins grand nombre d'omnipraticiens et de jeunes médecins et la charge de travail plus lourde des médecins.

> ***[...] le Comité s'inquiète du fait que toutes les études dont il est question plus haut ne parlent que du nombre de médecins et passent sous silence le problème de la productivité.***

Deux documents provinciaux récents portant sur l'offre de médecins (médecins disponibles) viennent à leur tour appuyer le point de vue exprimé par le Comité dans ses rapports antérieurs, à savoir qu'il est de plus en plus justifié de parler d'une crise des ressources humaines en santé. Le Collège des

[226] Dr Benjamin T.B. Chan, *Du surplus perçu à la pénurie perçue : l'histoire des médecins canadiens dans les années 1990*, Institut canadien d'information sur la santé, juin 2002.

médecins du Québec a étudié le nombre de médecins qui exercent actuellement leur profession, plutôt que de se fier simplement au nombre de médecins inscrits, et a constaté que la province aurait besoin de 1 400 médecins de plus pour desservir la population[227].

Pour sa part, l'Ontario Medical Association estime qu'il y a eu une perte nette additionnelle de 110 médecins en Ontario entre les années 1999 et 2000, portant le manque à gagner total à environ 1 585. Le rapport de l'OMA révèle que plus de 100 localités sont actuellement mal desservies dans la province[228].

De son côté, le Comité s'inquiète du fait que toutes les études dont il est question plus haut parlent uniquement du nombre de médecins et passent sous silence le problème de la productivité. Or il est clair que l'on pourrait réduire le nombre de médecins supplémentaires nécessaires au Canada si l'on augmentait la productivité des médecins.

Par exemple, la plupart des chirurgiens affirment qu'ils seraient plus productifs si on leur accordait plus d'heures en salle d'opération et un meilleur accès à des lits de soins de courte durée pour leurs patients, lesquels pourraient poursuivre leur convalescence à la maison[229]. Ce fait soulève la question suivante en matière de politique gouvernementale : vaut-il mieux éliminer les obstacles à une productivité accrue chez les chirurgiens ou produire un plus grand nombre de chirurgiens qui, comme leurs prédécesseurs, ne seront pas aussi productifs qu'ils pourraient l'être ou voudraient l'être à cause de contraintes institutionnelles? On ne peut répondre à de telles questions de politique sans connaître beaucoup mieux le niveau actuel de productivité des médecins et les obstacles à l'accroissement de leur productivité.

Le Comité estime essentiel que des organismes de recherche indépendants de la profession médicale étudient attentivement la productivité des médecins et les obstacles qui empêchent son accroissement. Le gouvernement, en tant que source de financement du système de santé, et les fournisseurs de soins de santé eux-mêmes doivent comprendre les facteurs qui influent sur la productivité dans le domaine des soins de santé et la façon dont on peut améliorer la productivité du personnel clé du système.

Le Comité estime essentiel que des organismes de recherche indépendants de la profession médicale (comme l'ICIS ou les IRSC) étudient attentivement la productivité des médecins.

Dans d'autres secteurs, la disponibilité de nouvelles technologies de l'information, par exemple, a permis d'accroître la productivité des professionnels au cours des 20 dernières années. Il est certain qu'on aurait pu rendre les médecins plus productifs grâce à de meilleurs appareils de diagnostic, à des médicaments plus efficaces et à de meilleurs traitements externes, sans compter l'effet qu'aurait pu avoir sur leur productivité l'amélioration de l'état de santé des Canadiens depuis 20 ans. Or, rien ne nous dit si cela s'est effectivement produit. C'est pourquoi la recherche proposée s'impose.

---

[227] *Medical Post*, 4 juin 2002.

[228] Ontario Medical Association, *Position Paper on Physician Workforce Policy and Planning*, avril 2002.

[229] Voir, au chapitre huit du présent volume, la proposition du Comité relativement à un programme de soins à domicile dispensés après hospitalisation.

Selon le Comité, des observations semblables à celles qui ont été faites au sujet de la productivité des médecins valent également pour d'autres professionnels de la santé. Le Comité recommande donc :

> **Que l'on effectue des études pour trouver des moyens d'améliorer la productivité des professionnels de la santé. Ces études devraient être effectuées ou commandées par le comité national de coordination des ressources humaines en santé dont le Comité recommande la création.**

Trois rapports parus dernièrement fournissent des données supplémentaires sur l'importance de la pénurie d'infirmières. L'ICIS a révélé qu'en juin 2002, la légère hausse du nombre d'infirmières actives au Canada (1,2 %) entre 1997 et 2001 n'a pas été suffisante par rapport à l'accroissement démographique. Il y a donc moins d'infirmières par habitant aujourd'hui qu'il y a cinq ans. Le rapport de l'ICIS indique également que l'effectif infirmier vieillit rapidement, la moyenne d'âge chez les infirmières autorisées étant passée de 42,4 ans en 1997 à 43,7 ans en 2001[230].

Une étude de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada portant sur les tendances observées depuis 1996 signale qu'au cours des 35 années étudiées, on remarque un déplacement de la composition par âge de l'effectif infirmier vers les groupes d'âge plus avancé[231]. Le rapport de l'AIIC établit aussi des projections de l'offre et de la demande d'infirmières au cours des 10 à 15 prochaines années et conclut qu'il y aura une pénurie de 78 000 infirmières autorisées en 2011 et de 113 000 en 2016[232].

Le rapport final du Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers, présidé par M. Michael Decter, a paru en août 2002. On y énumère trois façons d'améliorer la qualité de vie au travail des infirmières canadiennes[233] :

- augmenter le nombre d'infirmières;
- améliorer la formation et élargir le champ de pratique des infirmières;
- améliorer les conditions de travail des infirmières.

Parmi ses 51 recommandations destinées à réaliser ces améliorations, le Comité consultatif propose qu'on augmente de 25 % le nombre de nouvelles places de première année du diplôme d'infirmière autorisée dans les écoles de sciences infirmières (c'est-à-dire qu'on ajoute environ 1 100 nouvelles places) en septembre 2004, et qu'on accroisse encore le nombre de 20 % à chacune des quatre années subséquentes.

---

230 Institut canadien d'information sur la santé, *Nombre et répartition des infirmières et infirmiers autorisés au Canada, rapport 2001*, juin 2002.

231 Association des infirmières et infirmiers du Canada, *Planning for the Future: Nursing Human Resource Projections*, juin 2002, p. 20.

232 *Ibid.*, p. 1.

233 *Notre santé, notre avenir : un milieu de travail de qualité pour les infirmières canadiennes*, Comité consultatif des ressources humaines en santé, 2002, p. 3.

Cependant, on n'en sait pas encore assez sur la productivité des infirmières et sur ce qu'on pourrait faire pour l'améliorer. Dans son rapport, par exemple, le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers confirme la nécessité d'« orienter les ressources provinciales et fédérales vers l'élaboration de stratégies précises et pratiques visant à mesurer la charge de travail et à en faire rapport »[234]. Le Comité estime qu'il faudrait effectuer le même genre d'études de productivité que celles qu'il propose plus haut dans le cas des médecins, afin de mieux comprendre à quelles tâches les infirmières consacrent leur temps et quels sont les obstacles institutionnels qui nuisent à l'amélioration de leur productivité. C'est la raison pour laquelle la recommandation ci-dessus porte sur tous les professionnels de la santé.

Même si les membres des professions paramédicales ne sont pas autant le point de mire du public, le Comité a plusieurs fois attiré l'attention sur le fait que la pénurie de ressources humaines ne se limite pas aux médecins et aux infirmières. Par exemple, il a indiqué dans des volumes antérieurs que plus de 20 disciplines ont déclaré connaître des pénuries importantes, dont les physiothérapeutes et les ergothérapeutes, les technologues en radiographie et les technologues de laboratoire médical ainsi que les inspecteurs sanitaires.

De plus, des témoins ont fait savoir que, malgré ces pénuries, on réduit le recrutement dans les programmes de formation. On a donné l'exemple des programmes de techniques de laboratoire médical, en Alberta, où le nombre de places de formation est passé de 40 à 20. Des témoins ont cité d'autres chiffres troublants, compte tenu de la demande toujours croissante de personnel technique et professionnel, à la fois en raison des nouvelles technologies et de l'accroissement de la population. Par exemple, le nombre de diplômés des programmes de techniques de laboratoire médical a diminué de 42 % dans l'ensemble du pays depuis 1987, et le nombre de diplômés en imagerie diagnostique a baissé de 15 %. La Société canadienne de science de laboratoire médical a prédit une pénurie de technologues généraux de laboratoire médical partout au pays d'ici 5 à 15 ans.

L'Association des pharmaciens du Canada a également témoigné à ce sujet. Elle a fait remarquer que la pénurie de pharmaciens ne touche pas seulement le Canada, mais aussi de nombreux autres pays, dont le Royaume-Uni et les États-Unis. Un nombre insuffisant de pharmaciens signifie davantage de postes vacants, de plus longues périodes d'attente pour combler ces postes, un plus grand nombre d'heures supplémentaires et des augmentations de salaire excessives par rapport au coût de la vie. Une autre étude récente indique que bien au-delà de 2 000 pharmaciens supplémentaires pourraient facilement trouver du travail au Canada.

À la baisse du nombre de diplômés s'ajoute ce que l'on pourrait appeler « une progression insidieuse des compétences », c'est-à-dire l'augmentation graduelle du niveau d'études nécessaire pour occuper un emploi dans un domaine donné, attribuable à la complexité croissante des tâches à exécuter. Cette progression insidieuse des compétences a pour effet, entre autres, d'allonger la durée de formation des nouveaux diplômés, ce qui aggrave la pénurie de tous genres de professionnels de la santé.

La progression insidieuse des compétences a aussi d'autres conséquences. D'une part, elle peut mener au transfert de certains programmes des collèges communautaires aux

---

[234] *Ibid.*, p. 40.

universités et, de l'autre, elle peut faire en sorte que les diplômés demandent des salaires plus élevés, qu'ils justifient par la formation additionnelle qu'ils ont reçue.

Le Comité s'inquiète que ces phénomènes se produisent sans qu'on les ait suffisamment étudiés afin de vérifier si les changements apportés aux niveaux de compétence et de rémunération sont justifiés. Il est d'avis que l'on devrait déterminer la durée de la formation nécessaire aux divers professionnels de la santé et l'établissement d'enseignement le plus apte à offrir cette formation.

11.2 Les ressources humaines de la santé : Nécessité d'une stratégie nationale

Le Comité croit fermement que l'une des principales conséquences de la pénurie mondiale croissante de ressources humaines en santé, c'est qu'elle force le Canada à élaborer une stratégie qui lui permettra de réaliser l'autosuffisance à cet égard.

Selon le Comité, pour aller de l'avant dans ce dossier, il faut d'une part reconnaître qu'une telle stratégie ne saurait être « fédérale », mais plutôt qu'elle devra mettre à contribution tous les intervenants; d'autre part, il faut garder à l'esprit que la formation des professionnels de la santé incombe aux provinces. Pour que le Canada puisse devenir autosuffisant sur le plan des ressources humaines en santé, une collaboration et une coordination à long terme sont essentielles entre tous les intervenants du secteur de la santé.

Le Comité croit fermement que l'une des principales conséquences de la pénurie mondiale croissante de ressources humaines en santé, c'est qu'elle force le Canada à élaborer une stratégie qui lui permettra de réaliser l'autosuffisance à cet égard.

De l'avis du Comité, les problèmes causés par la concurrence interprovinciale pour obtenir les diplômés dans les divers domaines de la santé ne font qu'accentuer la nécessité d'élaborer une stratégie nationale des ressources humaines en santé. La concurrence que se livrent les provinces ou les pays, se disputant de maigres ressources humaines, risque de créer de graves disparités régionales dans la capacité de dispenser des services de soins de santé.

Le Comité estime que le gouvernement fédéral doit dorénavant jouer un rôle beaucoup plus important pour coordonner les efforts visant à élaborer et à mettre en œuvre une stratégie nationale relative aux ressources humaines en santé et à lutter contre les pénuries. Puisqu'il n'y a pas de solution miracle et qu'il faut tenir compte d'une foule d'intérêts et de préoccupations dans la formulation de solutions à long terme, le Comité estime souhaitable de recommander l'élaboration d'un cadre de travail permanent. Il a par conséquent recommandé dans le volume cinq de son rapport :

Le Comité estime que le gouvernement fédéral doit dorénavant jouer un rôle beaucoup important pour coordonner les efforts de lutte contre la pénurie de ressources humaines en santé.

> **Que le gouvernement fédéral travaille avec d'autres parties intéressées afin de créer un comité national permanent de coordination des ressources humaines de la santé, composé**

de représentants des principaux intervenants et des différents ordres de gouvernement. Son mandat serait le suivant :

- **diffuser des renseignements à jour sur les besoins en ressources humaines;**
- **coordonner des projets visant à assurer un nombre suffisant de diplômés pour réaliser l'objectif d'autosuffisance en matière de ressources humaines;**
- **partager et promouvoir les pratiques exemplaires quant aux stratégies servant à retenir des professionnels de la santé compétents, et coordonner les efforts de rapatriement des professionnels de la santé canadiens qui ont émigré;**
- **recommander des stratégies pour accroître le nombre de professionnels de la santé provenant de groupes sous-représentés, comme les peuples autochtones, ainsi que dans les régions mal desservies, particulièrement les régions rurales et éloignées;**
- **examiner les possibilités en vue d'une meilleure coordination, entre les divers ordres de gouvernement, des exigences en matière d'accréditation et d'immigration.**

Comme il a déjà été signalé, le Comité est d'avis que le comité national de coordination des ressources humaines en santé devrait se charger d'étudier les moyens d'améliorer la productivité des professionnels de la santé. Il est également clair pour le Comité qu'aucun groupe de professionnels ni aucun ordre de gouvernement ne devrait prédominer dans les délibérations du comité national de coordination dont il propose la création.

Le Comité a aussi recommandé que le gouvernement fédéral prenne un certain nombre de mesures précises destinées à augmenter le nombre de professionnels de la santé, notamment :

Que le gouvernement fédéral :

- **Travaille avec les gouvernements provinciaux pour faire en sorte que toutes les écoles de médecine et de sciences infirmières reçoivent les augmentations de financement nécessaires pour leur permettre d'accroître le nombre d'inscriptions.**
- **Mette en place des mécanismes permettant un financement fédéral direct afin de soutenir un plus grand nombre d'inscriptions dans les écoles de**

médecine et de sciences infirmières, et assure la stabilité du financement en vue de la formation de professionnels paramédicaux.

- **Examine les programmes fédéraux de prêts étudiants offerts aux professionnels de la santé et y apporte les modifications nécessaires afin que les augmentations inévitables de frais de scolarité ne nuisent pas aux étudiants défavorisés sur le plan socioéconomique.**
- **Travaille avec les gouvernements provinciaux pour faire en sorte que la rémunération des différentes catégories de professionnels de la santé tienne compte du niveau de formation réel exigé d'eux.**

Dans les volumes précédents, le Comité a signalé un grave manque de fournisseurs de soins de santé d'origine autochtone. Pour aider à solutionner ce problème, il a aussi recommandé dans le volume cinq :

> **Que le gouvernement fédéral travaille avec les provinces et les facultés de médecine et de sciences infirmières afin de financer des places à l'intention des étudiants d'origine autochtone, en plus des places offertes à la population générale.**

De plus, étant donné que la mise en œuvre de toutes les mesures énumérées dans les recommandations ci-dessus prendra du temps, il faut prévoir diverses mesures à court terme pour régler la crise des ressources humaines. L'une d'elles consiste en des incitatifs fiscaux. De tels incitatifs fiscaux à court terme ont été utilisés à la fin des années 60 et au début des années 70 pour attirer des professeurs d'université au Canada à une époque où le pays connaissait une grave pénurie d'universitaires qualifiés. Le Comité est d'avis qu'une approche semblable devrait être envisagée à l'heure actuelle en ce qui concerne les professionnels de la santé. Il recommande par conséquent :

> **Que, pour faciliter le retour au Canada des professionnels de la santé canadiens travaillant à l'étranger, le gouvernement fédéral travaille avec les provinces et les associations professionnelles afin d'informer ces professionnels des nouvelles perspectives d'emploi au Canada, et qu'il étudie la possibilité d'adopter des incitatifs fiscaux à court terme pour ceux qui sont prêts à rentrer au Canada.**

Les sections suivantes du présent chapitre contiennent d'autres observations sur la pénurie de ressources humaines en santé au Canada, ainsi qu'un certain nombre de recommandations additionnelles pour aider à la réduire.

11.3 Accroître le nombre de médecins formés au Canada

Le rapport publié récemment par l'ICIS, dont nous parlons plus haut, a enrichi l'étude portant sur l'offre de médecins au Canada, en attribuant un poids aux divers facteurs qui ont contribué à la baisse du ratio médecin-population :

- environ 25 % de la baisse est attribuable à la formation postdoctorale plus longue des médecins, parce que les omnipraticiens doivent maintenant faire deux années de formation postdoctorale au lieu d'une avant de se joindre à un cabinet indépendant, et parce qu'une plus forte proportion de médecins choisissent de devenir spécialistes, ce qui exige une formation beaucoup plus longue;
- 22 % est attribuable au fait qu'un moins grand nombre de médecins étrangers viennent au Canada;
- 17 % est attribuable au nombre plus élevé de médecins qui prennent leur retraite;
- jusqu'à maintenant, seulement 11 % est attribuable à la baisse du nombre d'inscriptions dans les écoles de médecine, mais les pleines répercussions des compressions des années 90 ne se feront sentir qu'au cours des prochaines années.

L'auteur du rapport, le D[r] Ben Chan, fait remarquer que plusieurs erreurs importantes ont été commises dans les décisions stratégiques prises au cours des années 90. Premièrement, on n'a pas tenu compte des conséquences non intentionnelles de ces décisions. Par exemple, on n'a pas pleinement pesé le fait que le prolongement de la formation des omnipraticiens (deux années de formation postdoctorale au lieu d'une) réduirait de façon permanente le nombre de médecins. Deuxièmement, on n'a pas revu les politiques assez fréquemment, de sorte que les effets de plusieurs politiques se sont combinés de façon inattendue, créant une pénurie plus grave que prévu. Enfin, on a éliminé des mesures qui donnaient au système une certaine souplesse. Par exemple, les étudiants étaient obligés de faire un choix de carrière très tôt dans leurs études universitaires sans pouvoir profiter d'une expérience pratique ou de la possibilité de changer d'idée plus tard[235].

Le Comité demeure convaincu que la seule solution à long terme à la crise des ressources humaines en santé est l'élaboration d'une stratégie nationale visant, d'une part, à former un nombre suffisant de médecins et d'autres professionnels de la santé au Canada pour répondre aux besoins du pays, et, d'autre part, à accroître la productivité des médecins. Une estimation récente fournie au Comité par le D[r] Abraham Fuks, président de l'Association des facultés de médecine du Canada

Le Comité demeure convaincu que la seule solution à long terme à la crise des ressources humaines en santé est l'élaboration d'une stratégie nationale visant, d'une part, à former un nombre suffisant de médecins et d'autres professionnels de la santé au Canada pour répondre aux besoins du pays, et, d'autre part, à accroître la productivité des médecins.

[235] D[r] Ben Chan, « How Canada can better manage its MD supply », *Medical Post*, 25 juin 2002.

(AFMC), indique que, seulement pour maintenir le ratio médecin-population actuel, il faudrait que 2 500 étudiants entrent en faculté de médecine d'ici 2005, ce qui représente 640 de plus que les 1 860 inscriptions de première année enregistrées en 2001[236].

Dans le volume cinq, le Comité a recommandé que le gouvernement fédéral accorde un soutien financier continu aux provinces afin d'accroître le nombre d'inscriptions dans les écoles de médecine canadiennes. Selon l'AFMC, le coût par place dans une école de médecine au Canada se chiffre actuellement à 260 000 $ pour une période de quatre ans. Par conséquent, 640 étudiants de plus coûteraient environ 160 millions de dollars par année une fois atteints les nouveaux niveaux d'inscription[237]. Le Comité estime que cet argent serait bien dépensé. Il recommande donc :

> **Que le gouvernement fédéral verse dès maintenant 160 millions de dollars par année afin que les écoles de médecine canadiennes puissent recruter 2 500 étudiants de première année d'ici 2005.**

De plus, il est également important de garder à l'esprit la conclusion du Dr Chan, à savoir qu'il faudra revoir régulièrement les niveaux d'inscription pour s'assurer qu'ils sont en tout temps conformes à l'évolution de la situation. Le Dr Fuks estime que, pour compenser les pénuries actuelles de médecins (plutôt que seulement maintenir le ratio médecin-population), il faudrait augmenter davantage les inscriptions pour atteindre l'objectif de 3 000 étudiants de première année en 2009. Il importe toutefois de signaler que ces prévisions ne tiennent pas compte de l'effet des augmentations possibles de productivité. Le Comité est d'avis qu'il faut surveiller la situation de près. Il recommande :

> **Que le comité national de coordination des ressources humaines en santé dont le Comité propose la création soit chargé de surveiller les niveaux d'inscription des écoles de médecine du Canada et qu'il conseille le gouvernement fédéral à cet égard.**

Cependant, il est clair qu'il faudra du temps pour accroître les niveaux d'inscription et encore plus de temps pour que ces augmentations se traduisent par un plus grand nombre de médecins actifs. On devra alors, à court terme, prendre certaines mesures pour réduire un peu la pression. Le Comité a déjà réitéré sa recommandation du volume cinq, à savoir que le gouvernement fédéral devrait étudier la possibilité d'adopter des incitatifs fiscaux à court terme pour rapatrier les professionnels de la santé qui travaillent à l'étranger.

De plus, un certain nombre de Canadiens hautement qualifiés et spécialisés terminent actuellement leurs études médicales de base à l'extérieur du Canada, notamment en Australie, en Irlande et au Royaume-Uni. Le Dr Fuks a déclaré au Comité que beaucoup de ces

---

[236] Dr Abraham Fuks, mémoire présenté au Comité le 23 juillet 2002.

[237] Le coût par étudiant par année représente le quart de la somme totale de 260 000 $, c'est-à-dire 65 000 $. Toutefois, une fois le nombre souhaité de nouveaux étudiants inscrits dans chacune des années du programme de quatre ans en médecine, il faut multiplier par quatre la somme de 65 000 $ par étudiant par année, ce qui porte le coût total des nouvelles *places* à 260 000 $ par année.

étudiants, qui fréquentent des facultés de médecine de renom, ont hâte de revenir au Canada. Le Comité croit donc que l'on devrait établir une politique de recrutement vigoureuse pour encourager ces Canadiens expatriés à rentrer au Canada pour recevoir une formation postdoctorale et exercer leur profession au pays.

Afin d'accueillir ces étudiants qui reviennent, de même que les diplômés en médecine étrangers dont il est question plus bas, il faudra aussi augmenter le nombre de postes de médecins résidents. S'inspirant des chiffres fournis par l'Association des facultés de médecine du Canada[238], le Comité recommande donc :

> **Que le gouvernement fédéral contribue financièrement à accroître le nombre de postes de médecins résidents afin d'atteindre un ratio de 120 pour 100 diplômés des écoles de médecine canadiennes.**

Comme le Comité l'a déjà fait remarquer, cette mesure permettra aussi aux médecins canadiens déjà en place d'accéder plus facilement à la formation supérieure et d'acquérir des compétences additionnelles.

11.4 Intégration des diplômés en médecine étrangers

Une autre mesure visant tout particulièrement à réduire la pénurie de médecins consiste à élaborer un plan national qui permettra de mieux utiliser les diplômés en médecine étrangers qui sont déjà ici. Par le passé, le Canada a pu compter sur le recrutement étranger pour combler certains de ses besoins. Par exemple, plus de 50 % des médecins de la Saskatchewan sont des diplômés étrangers qui ont été formés ailleurs et ont été recrutés par cette province plus tard au cours de leur carrière. Cependant, d'autres pays sont maintenant confrontés aux mêmes pénuries que le Canada. Il semble insensé que tous les pays développés fassent sans cesse du maraudage les uns chez les autres pour recruter des professionnels de la santé hautement qualifiés.

La plupart des experts estiment actuellement à au moins 2 000 le nombre de diplômés en médecine étrangers au Canada qui ne détiennent pas de licence pour pratiquer la médecine[239]. Il n'existe pas de programme uniforme pour accorder les attestations d'études aux diplômés étrangers, et chaque province dispose d'un programme limité pour leur admission aux programmes de résidence. Par exemple, l'Ontario réserve 40 places pour la formation de diplômés étrangers, et sur les 1 000 demandes reçues l'année dernière, 25 seulement ont été acceptées.

On note cependant des signes d'amélioration. En avril 2001, le Manitoba a lancé le premier programme permanent au Canada pour aider les diplômés étrangers à obtenir une licence de médecine. Ce programme se fonde sur un processus d'évaluation clinique et de perfectionnement professionnel (CAPE) en trois étapes, outil élaboré par la faculté de médecine de l'Université du Manitoba pour évaluer les connaissances médicales et les compétences cliniques des médecins formés à l'étranger. Le programme CAPE a connu un tel succès que le College of Physicians and Surgeons of Nova Scotia y réfère les diplômés étrangers candidats qui

---

[238] Dr Fuks, *op. cit.*

[239] *Medical Post*, 11 juin 2002.

n'ont pas reçu de formation autorisée ou acquis d'expérience clinique pratique en Amérique du Nord[240].

Les membres de l'Association des facultés de médecine du Canada ont conclu récemment qu'il faut d'urgence élaborer une stratégie nationale, comportant des normes nationales, pour favoriser l'intégration des diplômés en médecine étrangers au personnel médical canadien. Ils ont proposé un programme d'évaluation commun qui permettrait de classer les diplômés dans l'une des quatre catégories suivantes : la personne a fait des études et reçu une formation équivalente et elle devrait être autorisée à exercer la profession au Canada; la personne a besoin d'une formation complémentaire; la personne a fait des études en médecine équivalentes, mais elle doit suivre une formation postdoctorale au Canada; la personne n'a pas d'études ni de formation suffisantes et elle doit recommencer des études en médecine au Canada.

Par conséquent, le Comité recommande :

Que le gouvernement fédéral travaille avec les provinces afin d'établir des normes nationales pour l'évaluation des diplômés en médecine étrangers, et qu'il fournisse un financement continu pour mettre en œuvre un programme accéléré visant à délivrer des licences aux diplômés étrangers qualifiés et à intégrer complètement ces derniers au système canadien de soins de santé.

11.5 Réduire la pénurie d'infirmières

Comme nous l'avons indiqué plus haut dans le présent chapitre, une étude menée par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada a révélé qu'il manquerait 78 000 infirmières autorisées au pays en 2011 et que l'écart pourrait atteindre 113 000 en 2016. Les auteurs de l'étude arrivent à ces conclusions malgré les hypothèses relativement optimistes qu'ils posent à l'égard du nombre de diplômés en sciences infirmières auquel on peut s'attendre au cours des cinq prochaines années. Selon eux, le nombre de diplômés des écoles de sciences infirmières du Canada passera de 4 599 en 2000 à plus de 9 000 par année en 2007[241]. (Voir le tableau 11.1 ci-dessous.)

[240] Pamela Clarke, « The Foreign Question », *Medical Post*, 28 mai 2002.
[241] AIIC, *op. cit.*, p. 1.

TABLEAU 11.1
NOMBRE DE DIPLÔMÉS EN SCIENCES INFIRMIÈRES, 1999-2008*

Année	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Canada	5 221	4 599	5 499	6 782	7 578	7 678	7 834	8 829	9 182	9 382

Source : Projections établies par Eva Ryten pour le compte de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, juin 2002.
* 1999-2001 : données réelles; 2002-2008 : projections

Cependant, même si le nombre de diplômés augmente de près du double et que l'on s'attend à un apport de 1 200 infirmières formées à l'étranger chaque année à compter de 2002, les auteurs affirment de façon catégorique qu'il sera impossible de répondre à la demande prévue de services de soins infirmiers. Il n'existe pas non plus de bassin suffisamment large d'infirmières qualifiées qui ne travaillent pas actuellement en soins infirmiers et qui pourraient être incitées à revenir à la profession pour aider à réduire la pénurie. En fait, le rapport fait remarquer :

> *Il convient tout particulièrement de noter qu'en 2000 et 2001, moins de 3 000 infirmières autorisées ne travaillaient pas en soins infirmiers et cherchaient un emploi dans ce domaine. C'est un bien petit nombre en comparaison du nombre total d'infirmières autorisées au pays*[242].

Néanmoins, le Comité estime qu'il faudrait tout faire pour inciter les infirmières qualifiées qui ont quitté la profession à revenir travailler en soins infirmiers. Cela est d'autant plus important que, même si l'on jugeait souhaitable de remplacer les infirmières autorisées par des infirmières auxiliaires autorisées, les auteurs du rapport signalent que ces dernières ne sont pas en nombre suffisant pour combler la pénurie.

> *Pour que les infirmières auxiliaires autorisées puissent répondre à une partie importante des besoins en services infirmiers qui ne peuvent être comblés à cause de la pénurie d'infirmières autorisées, il faudrait que leur nombre augmente à un rythme extrêmement rapide. Or le nombre d'infirmières auxiliaires autorisées ne bouge pas ou diminue depuis près de 20 ans. En 1983, il y avait 83 539 infirmières auxiliaires au Canada. En 1999, le nombre était tombé à 66 100*[243].

En même temps, Mme Kelly Kay, de l'Association des infirmiers et infirmières auxiliaires du Canada, a déclaré au Comité :

> *Dans la plupart des provinces, on manque d'infirmières auxiliaires autorisées. Il reste toutefois des situations comme en Ontario où 1 400 infirmières auxiliaires autorisées*

[242] *Ibid.*, p. 13.
[243] *Ibid.*, p. 74.

ont indiqué dans leur dernier formulaire de renseignements qu'elles cherchaient un emploi en soins infirmiers[244].

En 1997, le nombre de demandes d'inscription dans les écoles de sciences infirmières était à la baisse, mais il semble que ce ne soit plus le cas maintenant. Mme Ginette Lemire-Rodger, présidente sortante de l'AIIC, a donné au Comité l'explication suivante :

> *Au Canada, cette année seulement, on a refusé des milliers d'étudiants très bien formés. Les universités les refusent parce qu'il n'existe que 70 sièges pour 800 demandes au pays. Nous ne vivons pas une pénurie de jeunes et de moins jeunes personnes voulant entreprendre une carrière dans les soins infirmiers. Nous sommes dans une situation où les gouvernements ne financent pas les sièges pour accepter ces étudiants*[245].

En somme, tout indique qu'il faudrait accroître de manière assez radicale le nombre de diplômés en sciences infirmières. Le Comité a fait remarquer dans le volume cinq que Développement des ressources humaines Canada (DRHC) a entrepris une importante étude de secteur afin de formuler des recommandations au sujet du nombre d'infirmières. Toutefois, Michael Decter a signalé au Comité :

En somme, tout indique qu'il faudrait accroître de manière assez radicale le nombre de diplômés en sciences infirmières.

> *Je sais que le gouvernement du Canada, par l'entremise de DRHC, finance actuellement deux grandes études. Pour reprendre ce que disait David Sackett, il n'est pas nécessaire de faire un essai clinique à double insu pour faire preuve de bon sens. Le bon sens veut que nous ayons besoin de plus d'infirmiers et d'infirmières au Canada et que ce besoin est urgent*[246].

Dans son rapport, l'AIIC précise qu'en calculant le nombre de places qui devraient être allouées, il est important d'éviter à long terme

> *des périodes de fortes hausses ou de fortes baisses sur de courts intervalles. De telles fortes hausses et fortes baisses répétées sur de longues périodes mènent à une suite d'excédents et de déficits dans la profession. L'idéal serait que les niveaux augmentent graduellement chaque année en fonction de l'accroissement des besoins*[247].

Même s'il n'y avait pas eu un sérieux problème de sous-financement des postes en soins infirmiers dans les années 90, l'AIIC estime que le nombre de diplômés requis aurait été de toute façon de l'ordre de 10 000 par année. L'AIIC explique cela en disant que même sans la crise des années 90, le Canada serait confronté à des pénuries d'infirmières en 2011 et 2016, bien que moins fortes, à cause de la retraite imminente des grandes cohortes de diplômés qui seront remplacées par de plus petites[248]. En tenant compte des conséquences des décisions erronées

---

[244] 61:25.
[245] 61:16.
[246] 52:8.
[247] AIIC, *op. cit.*, p. 76.
[248] *Ibid.*, p. 73.

prises dans les années 90, l'AIIC a cru prudent de recommander l'élargissement des programmes de sciences infirmières pour atteindre le nombre cible de 12 000 diplômés par année.

Le Comité appuie cette estimation. Le tableau 11.1 présente les chiffres contenus dans le rapport au sujet du nombre actuel et projeté de nouveaux diplômés jusqu'en 2008. Le Comité recommande :

> **Que le gouvernement fédéral introduise graduellement du financement au cours des cinq prochaines années de façon que le nombre de diplômés des programmes de sciences infirmières atteigne 12 000 en 2008 dans l'ensemble du Canada, et qu'il continue à fournir un financement supplémentaire complet aux provinces pour toutes les places dans les écoles de sciences infirmières au-delà de 10 000 inscriptions, et ce, aussi longtemps qu'il sera nécessaire pour enrayer la pénurie d'infirmières au pays.**

Si l'on examine les chiffres du tableau 11.1, qui indiquent le nombre prévu de diplômés en sciences infirmières, on constate qu'en 2008 il nous faudra 2 618 diplômés de plus. Les effectifs pourraient être augmentés de la façon suivante afin d'en arriver à ce nombre cible :

TABLEAU 11.2

	2004	2005	2006	2007	2008
Nombre prévu de diplômés à l'heure actuelle	7 678	7 834	8 829	9 182	9 382
Nombre projeté de diplômés en tenant compte du financement fédéral additionnel	8 000	9 000	10 000	11 000	12 000

L'AIIC a informé le Comité que chaque poste additionnel en soins infirmiers en Ontario coûte 7 700 $ par année. Pour un programme de quatre ans, cela signifie qu'il faudrait environ 30 000 $ pour former chaque nouvelle infirmière. Si l'on étend cette estimation à toutes les places en soins infirmiers au Canada, il en coûterait environ 8-80 millions de dollars par année pour atteindre le niveau de 12 000 diplômés en sciences infirmières recommandé par l'AIIC[249]. Pour s'assurer de disposer de fonds suffisants, et vu la gravité de la pénurie d'infirmières, le Comité juge qu'il serait prudent de réserver la somme additionnelle de 10 millions de dollars dans l'espoir qu'un plus grand nombre de diplômés puissent terminer leurs études plus tôt. Le Comité recommande donc :

> **Que le gouvernement fédéral verse 90 millions de dollars par année tirés des recettes supplémentaires dont le Comité recommande le prélèvement, afin de permettre aux écoles d'infirmières du Canada de produire 12 000 diplômés d'ici 2008.**

[249] Le calcul a été fait de la même manière que pour les étudiants en médecine (soit (2 618 x 30 000 $).

11.6 Professions paramédicales

Le Comité n'a pu obtenir suffisamment de données pour élaborer une proposition détaillée relativement au nombre précis de diplômés qu'il faudrait produire pour composer avec la pénurie de personnel des professions paramédicales, dont nous avons parlé plus haut dans le présent chapitre. Il croit néanmoins essentiel que le gouvernement fédéral engage des fonds pour répondre à ces besoins pressants. Par conséquent, le Comité recommande :

Que le gouvernement fédéral verse 40 millions de dollars par année tirés des recettes supplémentaires dont le Comité recommande le prélèvement, afin d'aider les provinces à accroître le nombre de diplômés des professions paramédicales chaque année.

Que l'allocation exacte de ces fonds soit déterminée par le comité national de coordination des ressources humaines en santé.

11.7 Financement des études supérieures

Les coûts de formation des nouveaux professionnels de la santé ne s'arrêtent pas au moment où ceux-ci obtiennent leur diplôme d'université ou de collège. Les centres universitaires de sciences de la santé, surtout, ont des coûts additionnels à payer, pas seulement pour les médecins mais aussi pour tous les autres professionnels de la santé. Selon l'Association canadienne des institutions de santé universitaires (ACISU), les coûts additionnels liés à l'augmentation des places de formation pour toutes les professions de la santé sont de l'ordre de 300 millions à 550 millions de dollars au cours du cycle de formation (soit entre 60 et 110 millions de dollars par année). Les coûts comprennent la rémunération des formateurs, la location des locaux, les frais généraux et les fournitures. Le Comité recommande donc :

Que le gouvernement fédéral consacre 75 millions de dollars par année des nouveaux fonds que recommande de recueillir le Comité afin d'aider les centres universitaires des sciences de la santé à payer les coûts liés à l'accroissement du nombre de places de formation pour l'ensemble des professions de la santé.

11.8 Ressources humaines de la santé : Examen des règles relatives au champ de pratique

La dernière question sur laquelle portent les recommandations du Comité en matière de ressources humaines est la nécessité d'effectuer un examen indépendant complet des règles relatives au champ de pratique des diverses professions de la santé. Cet examen doit être axé sur l'élimination des obstacles qui nuisent actuellement à une collaboration fructueuse entre professionnels de la santé et qui empêchent certains d'entre eux (les infirmières praticiennes, par exemple) d'utiliser l'ensemble des compétences pour lesquelles ils ont été formés.

Dans son témoignage devant le Comité, le D' Duncan Sinclair, président de la Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario, a été clair sur l'importance de résoudre ce problème de façon urgente :

> *Faire faire par un médecin le travail qu'une infirmière praticienne ou une infirmière pourrait effectuer, c'est comme faire venir un électricien pour changer une ampoule ou demander à un mécanicien breveté de faire le plein et de vérifier le niveau d'huile et la pression des pneus. Ces spécialistes feraient-ils du bon travail? Certainement! Mais est-ce que ce serait utiliser judicieusement leur temps, leur formation et leur expertise? Pas du tout! Ce serait une utilisation coûteuse et inefficiente de ressources déjà limitées que sont l'argent et le savoir de gens très doués*[250].

La dernière question sur laquelle portent les recommandations du Comité en matière de ressources humaines est la nécessité d'effectuer un examen indépendant complet des règles relatives au champ de pratique des diverses professions de la santé.

Le Comité est d'avis que cette utilisation coûteuse et inefficiente de ressources humaines rares doit cesser dès *maintenant*. Comme nous le soulignons dans le chapitre quatre, qui porte sur la réforme des soins de santé primaires, le rapport de synthèse sur les projets liés aux soins primaires du Fonds pour l'adaptation des services de santé concluait, pour ce qui est des infirmières praticiennes :

> *Il faudrait une initiative fédérale, provinciale et territoriale pour définir des normes nationales en ce qui concerne la terminologie et la portée de la pratique. Cette initiative devrait comprendre des prescriptions légales favorables à l'élargissement du rôle des infirmières et des infirmières praticiennes*[251].

Le Comité recommande donc :

> **Qu'un examen indépendant des règles relatives au champ de pratique et des autres règlements concernant ce que chaque professionnel de la santé peut ou ne peut pas faire soit effectué dans le but d'élaborer des propositions qui feraient en sorte qu'on utilise pleinement les compétences des divers professionnels de la santé et que les soins de santé soient fournis par le professionnel qualifié qui convient le mieux.**

11.9 Commentaires du Comité

Le Comité reconnaît qu'il faut accroître les effectifs de chacune des professions de la santé, et c'est l'objectif qu'il vise par ses recommandations.

---

[250] Voir le volume quatre de l'étude du Comité, *Questions et options*, p. 118-119.

[251] Ann L. Mable et John Marriott, *Health Transition Fund Synthesis Series – Primary Health Care*, juin 2002, p. 29.

Cependant, il s'inquiète beaucoup des coûts globaux que l'accroissement des ressources humaines supposera pour l'ensemble du système. Il est tout à fait conscient, par exemple, que ce sont les médecins qui sont le principal facteur de coût[252]. Puisque le fait d'accroître le nombre de médecins ne fait pas baisser le coût moyen qu'impose chaque médecin au système, le seul moyen de faire en sorte que le système demeure financièrement viable au fur et à mesure qu'augmentera le nombre de médecins actifs serait d'améliorer sensiblement la productivité.

Par conséquent, le Comité estime nécessaire que l'accroissement du nombre de places dans les programmes d'enseignement s'accompagne d'études approfondies sur la façon d'améliorer la productivité dans chacune des professions de la santé. En l'absence de telles études et d'une amélioration importante de la productivité, le Comité craint que les coûts globaux des soins de santé ne connaissent une escalade intolérable.

Par conséquent, le Comité estime nécessaire que l'accroissement du nombre de places dans les programmes d'enseignement s'accompagne d'études approfondies sur la façon d'améliorer la productivité dans chacune des professions de la santé.

[252] Des chiffres montrent également que les médecins canadiens sont bien rémunérés en comparaison de ceux d'autres pays. Des données de l'OCDE indiquent que le ratio du revenu moyen des médecins à la rémunération moyenne des salariés au Canada s'établit à 3.2. Seuls les ratios observés aux États-Unis (5.5) et en Allemagne (3.4) sont plus élevés que celui du Canada; ils sont beaucoup plus bas dans un certain nombre d'autres pays, comme l'Australie (2.1), la France (1.9) et le Royaume-Uni (1.4). Voir Reinhardt, Uwe E., Peter S. Hussey et Gerard F. Anderson, « Cross-National Comparisons of Health Systems Using OECD Data, 1999 », *Health Affairs*, mai-juin 2002, p. 175.

CHAPITRE DOUZE

FAVORISER L'EXCELLENCE DANS LA RECHERCHE CANADIENNE EN SANTÉ[253]

La recherche en santé a pour objet de créer et d'appliquer de nouvelles connaissances dans les domaines de la santé et des soins de santé. Elle englobe toute une gamme d'activités allant de la recherche biomédicale à la recherche clinique, en passant par la recherche sur les services de santé et sur la santé de la population.

- La **recherche biomédicale** porte sur les organismes biologiques, les organes et les systèmes d'organes. Dans des recherches de ce genre, on utilise par exemple des cultures de cellules ou des tissus animaux ou humains pour tenter de comprendre comment l'organisme contrôle la production de cellules sanguines dans la moelle osseuse, comment la leucémie dérègle ces mécanismes de contrôle et comment rétablir des mécanismes normaux par l'administration de médicaments.

- La **recherche clinique** consiste à étudier des personnes saines ou malades. Dans des recherches de ce genre, on pourrait par exemple faire des essais cliniques sur des humains pour déterminer l'efficacité et la toxicité d'un nouveau traitement possible de la leucémie qui s'est révélé prometteur au cours de recherches biomédicales de base, puis comparer le nouveau médicament à d'autres en fonction de ses avantages nets pour les patients.

- La **recherche sur les services de santé** englobe la prestation, l'administration, l'organisation et le financement des soins de santé. On peut citer comme exemple la recherche portant sur les processus de traitement des leucémiques : moyens de diagnostic, hospitalisation, traitement en consultation externe ou à domicile et suivi à long terme à l'hôpital ou dans des services de santé communautaire.

- La **recherche sur la santé de la population** est centrée sur les grands facteurs qui influent sur l'état de santé (conditions socio-économiques, sexe, culture, niveau d'instruction, etc.). On peut citer comme exemple les études fondées sur de grandes bases de données contenant des renseignements médicaux personnels tirés de différentes sources afin de déterminer si l'incidence de la leucémie est liée à des facteurs environnementaux ou autres.

La recherche en santé est la source de nouvelles connaissances sur la santé humaine : comment maintenir un état de santé optimal, comment prévenir, diagnostiquer et traiter les maladies, comment gérer notre système de soins de santé. Elle permet de mettre au point des pharmacothérapies nouvelles ou améliorées, des traitements, des équipements et des dispositifs médicaux et de nouveaux moyens d'organiser et de dispenser les soins de santé. La recherche en santé contribue également à une meilleure compréhension de l'interaction

[253] Le présent chapitre est une version mise à jour du chapitre cinq du volume cinq, p. 95-131.

complexe des facteurs déterminants sociaux, économiques, environnementaux, biologiques et génétiques qui influent sur la santé et sur la prédisposition aux maladies.

D'après les témoignages reçus par le Comité, la recherche en santé favorise la création d'emplois axés sur le savoir, ce qui peut contribuer à l'inversion de l'exode des cerveaux observé dans le pays. Dans l'ensemble, les témoins ont souligné que cette recherche améliore la santé personnelle et économique des Canadiens et renforce notre compétitivité à l'échelle internationale :

> *La recherche en santé procure à la société des retombées énormes sur les plans économique, social et des soins de santé. Les emplois créés par ces investissements sont des emplois de grande qualité, bien rémunérés et qui font appel à la matière grise et procurent aux Canadiens une reconnaissance mondiale. Ces investissements favorisent par ailleurs le renouvellement des établissements universitaires partout au pays. Ils aident à former de nouveaux professionnels dans les plus récentes techniques et technologies et apportent un soutien important au système de soins de santé au Canada. Enfin et surtout, les résultats de ces activités entraîneront directement une amélioration du traitement des patients, contribuant ainsi à une population en meilleure santé et plus productive*[254].

Le Comité a également entendu des témoignages selon lesquels la recherche en santé peut servir de catalyseur du développement économique régional et les innovations qui en découlent peuvent beaucoup contribuer à améliorer la qualité et la viabilité du système canadien de soins de santé. À mesure que les activités de recherche en santé sortent des centres universitaires et des laboratoires du gouvernement pour s'étendre à des milieux plus proches de la collectivité, nous pouvons nous attendre à ce que la qualité des soins s'améliore parce que les fournisseurs de soins participant à des recherches sur la santé seront davantage branchés sur l'information la plus récente dans le domaine. Dans l'ensemble, la recherche en santé offre des perspectives extraordinaires de progrès tant sur le plan économique que sur celui des soins.

Le Comité croit que le Canada doit participer activement à la recherche en santé pour en retirer sa part d'avantages.

Le Comité est d'avis que le Canada doit participer activement à la recherche en santé pour en retirer sa part d'avantages. Il croit fermement aussi que le gouvernement fédéral a un rôle essentiel à jouer comme facilitateur, catalyseur, intervenant, conciliateur et coordonnateur de l'ensemble des efforts déployés pour favoriser l'excellence dans la recherche en santé. Le présent chapitre aborde une série de questions, comprenant le financement, les partenariats et l'éthique, qui méritent à notre avis, beaucoup d'attention, si le Canada veut parvenir aux degrés les plus élevés de l'excellence dans la recherche en santé[255].

---

[254] Dr Barry D. McLennan, président de la Coalition pour la recherche biomédicale et en santé (CRBS), *L'amélioration du climat de la recherche en santé au Canada*, mémoire présenté au Comité le 9 mai 2001, p. 2.

[255] Le Comité signale que les sections 12.1 et 12.2 du présent chapitre sont inspirées d'un discours prononcé par le Dr Kevin Keough, expert scientifique en chef à Santé Canada, lors de la troisième Conférence annuelle Amyot organisée par le Ministère. Le Comité a trouvé que cette conférence expliquait d'une manière très utile les défis et les perspectives de la recherche en santé.

12.1 Assumer le leadership dans la recherche en santé

Comme le montre le tableau 1, la recherche en santé au Canada se caractérise par un réseau complexe comprenant un vaste éventail de disciplines et une multiplicité d'intervenants menant des activités de recherche à différents endroits. Au Canada, la recherche en santé est effectuée par les universités, les hôpitaux universitaires, des entreprises, des organismes gouvernementaux et des organismes sans but lucratif. Elle est financée par différentes sources publiques et privées, canadiennes et étrangères.

TABLEAU 1
LE RÉSEAU CANADIEN DE LA RECHERCHE EN SANTÉ

DISCIPLINES	LIEUX	SOURCES DE FINANCEMENT
▪ Disciplines cliniques ▪ Sciences sociales et humanités ▪ Épidémiologie ▪ Sciences de la vie ▪ Biologie cellulaire et moléculaire ▪ Chimie ▪ Génie ▪ Informatique et mathématiques ▪ Services de santé	▪ Milieu universitaire (universités, hôpitaux universitaires, instituts de recherche) ▪ Secteur privé ▪ Gouvernement ▪ Cabinets de médecins ▪ Organismes communautaires ▪ Hôpitaux communautaires ▪ Autres	▪ Gouvernements (fédéral, provinciaux, ministères, organismes de financement) ▪ Organisations non gouvernementales et organismes bénévoles nationaux ▪ Sources internationales ▪ Secteur privé ▪ Universités ▪ Autres

Les différents intervenants dans la recherche en santé collaborent entre eux de diverses manières, établissant des relations gouvernement-université, université-secteur privé et gouvernement-secteur privé. En fait, le Comité a appris des témoins que la science est un continuum et que les multiples composantes de la recherche en santé ne peuvent pas exister indépendamment les unes des autres. Chaque composante a un rôle important, quoique changeant, à jouer dans la recherche pour procurer le maximum d'avantages aux Canadiens.

Le Comité convient que la recherche en santé effectuée, financée et utilisée par le gouvernement fédéral doit être de la plus haute qualité. Elle doit, preuves à l'appui, satisfaire aux normes internationales d'excellence en sciences, en technologie et en éthique, ou les dépasser.

Le gouvernement fédéral a toujours joué un rôle important dans le financement, l'exécution et l'utilisation de la recherche en santé. Il soutient financièrement la recherche effectuée dans les universités, les hôpitaux universitaires et les instituts de recherche (recherche extra-muros), il mène lui-même des recherches sur la santé dans ses

propres laboratoires (recherche intra-muros) et il utilise les résultats des recherches faites ailleurs. De plus, le gouvernement fédéral a un rôle important à jouer dans la définition des priorités nationales de la recherche en santé.

Le Comité estime que, dans un pays aussi vaste que le Canada, le gouvernement fédéral a un rôle de chef de file catalyseur à jouer auprès des gouvernements provinciaux et territoriaux pour faire en sorte que notre système de soins de santé soit axé sur la recherche et l'innovation. Pour réussir, le gouvernement fédéral doit travailler en étroite collaboration avec les provinces et les territoires afin de soutenir une culture qui appuie la création et l'utilisation de connaissances générées par la recherche en santé.

En outre, le Comité convient, avec les auteurs d'un rapport publié en 1999 par le Conseil d'experts en sciences et en technologie, que la recherche en santé effectuée, financée et utilisée par le gouvernement fédéral doit être de la plus haute qualité. Elle doit, preuves à l'appui, satisfaire aux normes internationales d'excellence en sciences, en technologie et en éthique, ou les dépasser[256].

Le Comité a été informé qu'au fur et à mesure de l'augmentation du coût, de la complexité et du rythme de progression de la recherche en santé, les organismes de recherche n'ont, à eux seuls, ni les ressources ni l'expertise nécessaires pour travailler indépendamment :

> *Les chercheurs ont de tout temps travaillé dans l'isolement, menant leurs propres programmes de recherche et vivant de subventions successives. Cette approche fragmentaire, au jour le jour, n'est tout simplement plus envisageable dans un monde où la complexité des sciences impose de mettre en commun les ressources disponibles*[257].

Lors de la troisième Conférence annuelle Amyot organisée par Santé Canada, le Dr Kevin Keough, expert scientifique en chef du Ministère, a déclaré qu'il est nécessaire d'adopter une approche inclusive (ou horizontale) de la recherche en santé et de trouver de nouveaux moyens de former des partenariats, c'est-à-dire de regrouper des équipes pluridisciplinaires de scientifiques recrutés dans l'ensemble du système de la recherche en santé et de réunir leurs ressources intellectuelles, financières et matérielles pour mener les recherches nécessaires, et ce, afin de mieux comprendre le monde complexe et hautement interdépendant dans lequel nous vivons[258].

Le Comité convient avec le Dr Keough qu'il est de la plus haute importance de maintenir des partenariats efficaces et de répartir les efforts des partenaires individuels de façon à maximiser les résultats de la recherche en santé. À notre avis, des approches complémentaires et conjointes de la recherche en santé sont non seulement réalisables et

Le Comité convient qu'il est de la plus haute importance de maintenir des partenariats efficaces et de répartir les efforts des partenaires individuels de façon à maximiser les résultats de la recherche canadienne en santé.

[256] Conseil d'experts en sciences et en technologie, *Vers l'excellence en sciences et en technologie (VEST) : Les rôles du gouvernement fédéral dans les activités liées aux sciences et à la technologie*, décembre 1999, p. 5.
[257] The Western Canadian Task Force on Health Research and Economic Development, *Seizing the Future – Health as an Engine of Economic Growth for Western Canada*, résumé du rapport, août 2001, p. 2.
[258] Dr Kevin Keough, Conférence Amyot, octobre 2001.

économiques, mais elles contribuent aussi à de meilleurs résultats pour tous les intervenants. Cet objectif fondamental ne peut être atteint que si le rôle du gouvernement fédéral continue à s'adapter à l'environnement changeant de la recherche en santé. À part son rôle dans l'exécution, le financement et l'utilisation de la recherche, le gouvernement fédéral doit devenir plus actif comme catalyseur et facilitateur.

Le Comité croit fermement que le gouvernement fédéral devrait assumer le leadership de la recherche canadienne en santé et, par conséquent, recommande :

Que la recherche et sa concrétisation dans le système de soins de santé figurent régulièrement à l'ordre du jour des rencontres des ministres et sous-ministres fédéraux, provinciaux et territoriaux de la santé, et que l'Institut de recherche en santé du Canada soit représenté et participe à l'établissement des programmes de recherche en santé lors de ces réunions. Ces mesures aideront énormément à soutenir une culture d'appui à la création et à l'utilisation des connaissances générées par la recherche en santé partout au Canada.

Que le gouvernement fédéral établisse, sur une base régulière et en collaboration avec tous les intervenants, des objectifs et des priorités nationaux pour la recherche en santé.

Que le gouvernement fédéral favorise la collaboration entre différents intervenants lorsqu'il exécute, finance et utilise des recherches en santé. On pourrait ainsi disposer des meilleures ressources possibles, tout en réduisant au minimum le chevauchement et le double emploi.

Le D' Keough a souligné que le gouvernement fédéral devrait, pour commencer, encourager l'échange de chercheurs en santé entre le gouvernement, le monde universitaire et le secteur privé. Une circulation plus libre des scientifiques rehausserait la qualité de la recherche en santé, améliorerait la qualité des conseils donnés au gouvernement en matière de sciences et de recherche, maximiserait la contribution des scientifiques canadiens à l'ensemble de la communauté de la recherche en santé et contribuerait au renouveau de la base scientifique dans tous les secteurs. Le Comité a des vues semblables à cet égard. Par conséquent, il recommande :

Que le gouvernement fédéral assume un rôle de leadership, par l'entremise des Instituts de recherche en santé du Canada et de Santé Canada, dans l'élaboration d'une stratégie visant à encourager l'échange de chercheurs entre le gouvernement, le milieu universitaire et le secteur privé, y compris les organisations bénévoles nationales.

Le Comité souhaite reconnaître le rôle important joué par les organisations bénévoles nationales dans la recherche en santé. Ces organisations sont des intermédiaires clés, au niveau national, entre la recherche et l'application de ses résultats par transfert de connaissances aux chercheurs, aux fournisseurs de soins et au public. Le Comité est d'avis que, compte tenu de leurs connaissances et de leur expérience, ainsi que de l'importance des activités de recherche en santé qu'elles appuient, les organisations bénévoles nationales doivent participer à la collaboration entre les intervenants dans la recherche en santé.

12.2 S'engager dans la révolution scientifique

Les témoins ont dit au Comité que la recherche en santé, aussi bien au Canada qu'ailleurs dans le monde, subit actuellement les effets d'une révolution scientifique. Ils ont expliqué que cette révolution est due aux progrès réalisés en génomique, en ingénierie et en biologie cellulaire. La recherche dans ces disciplines aura de profonds effets sur la détection, le diagnostic et le traitement de différentes maladies liées à la génétique. L'explication des processus physiologiques associés aux diverses affections exigera des années d'efforts pour identifier les gènes en cause et déterminer leur interaction.

> *Nous sommes au milieu d'une profonde révolution mondiale alimentée par notre compréhension toujours croissante du fondement moléculaire de la vie, de la biologie humaine et de la maladie. Comme les révolutions antérieures de la science, celle-ci est menée par la collision entre diverses disciplines et approches : génétique, biologie moléculaire, l'ensemble des sciences de la vie, [l'informatique] et les méthodes de calcul, les petites molécules et la chimie de surface, la bioéthique, l'épidémiologie, l'économie de la santé, les sciences sociales et les humanités. Le rythme de cette révolution de la recherche en santé n'a pas encore cessé de s'accélérer sous l'effet d'importants investissements mondiaux des gouvernements, du secteur privé et de philanthropes*[259].

À mesure que le projet du génome humain tire à sa fin, le prochain défi consistera à comprendre le rôle des quelque 30 000 à 40 000 gènes que les humains semblent posséder. Ces gènes codent tout l'ensemble des protéines ou protéome, qui en compterait 2 millions. Par conséquent, la prochaine frontière en biologie est probablement celle de la protéomique, catalogue et fonctions de toutes les protéines des organismes vivants, qui est beaucoup plus complexe et prometteuse que la génomique.

De même, les progrès en génie biomédical et en miniaturisation à l'échelle moléculaire favoriseront le développement de dispositifs diagnostiques et thérapeutiques de plus en plus perfectionnés qui permettront l'administration de médicaments à cible définie, les essais biologiques, l'imagerie moléculaire et les réparations de tissus et d'organes. Le Canada a des chances réelles de devenir un chef de file mondial dans le domaine de la *nanotechnologie* ou *nanomédecine*.

L'étude et l'utilisation des cellules souches sont un autre bon exemple des répercussions possibles de la recherche sur la santé et les soins. Les cellules souches, quelle que soit leur origine, ont la propriété très particulière de donner naissance à des cellules à fonction spécialisée. À l'heure actuelle, tant le monde de la recherche que les autres intervenants sont très

---

[259] Dr Alan Bernstein, président des IRSC, *Health Research Revolution – Innovation Will Shape This Century*.

enthousiastes quant aux possibilités des cellules souches provenant de tissus embryonnaires ou adultes. On s'attend à ce que la recherche sur ces cellules débouche sur des traitements d'affections graves telles que la maladie de Parkinson, la maladie d'Alzheimer, le diabète et les lésions de la moelle épinière. On croit aussi, en général, qu'il sera possible un jour de manipuler ces cellules pour produire presque n'importe quels tissus, ce qui permettra de disposer des organes dont on a tellement besoin pour les transplantations.

Des chercheurs ont récemment réussi à programmer des cellules souches tirées d'embryons humains pour qu'elles produisent de l'insuline, fonction normalement réalisée par les cellules spécialisées des îlots pancréatiques. Si ces recherches permettent de guérir le diabète, qui est actuellement traité par des injections régulières d'insuline, elles n'amélioreront pas seulement la qualité de vie des patients, mais réduiront aussi le fardeau économique de la maladie. Dans une étude différente, des chercheurs sont parvenus à utiliser des cellules souches prélevées sur la peau d'animaux pour produire des neurones, du tissu musculaire et des cellules adipeuses.

Parmi les autres domaines dans lesquels la révolution scientifique a des effets marqués, il y a lieu de mentionner la chimie et l'informatique, où les progrès de la modélisation moléculaire s'alliant à la chimie synthétique sont en train de changer la façon dont les nouveaux médicaments sont découverts. De plus, la bioinformatique et la robotique influeront également sur la recherche en santé.

Dans cette recherche, la révolution scientifique ne se limite pas aux travaux de base et à la recherche biomédicale. Elle est en train de créer des perspectives extraordinaires dans les domaines de la recherche sur les services de santé et sur la santé de la population. Plus que jamais auparavant, des recherches sont effectuées au Canada et à l'étranger pour trouver de nouveaux moyens de dispenser des soins de qualité et de comprendre les effets de l'interaction des déterminants qui agissent sur la santé d'une population.

À la troisième Conférence annuelle Amyot, le Dr Keough a souligné que les progrès de la recherche en santé et la nécessité pour les gouvernements et les particuliers de tenir compte de ces progrès continueront à s'accélérer. Cela signifie que les gouvernements doivent être en mesure d'exécuter et d'utiliser de bonnes recherches scientifiques axées sur le bien public. L'efficacité avec laquelle le gouvernement intégrera les progrès découlant de nouveaux secteurs tels que la biotechnologie et la nanotechnologie dépend de ce principe.

Comme le Dr Keough, le Comité croit que les sciences et l'économie vont de pair et que le gouvernement a un rôle essentiel à jouer pour maximiser les avantages pour le Canada et ses citoyens.

Le Comité convient avec le Dr Keough qu'il est impératif pour le Canada de relever les défis qu'apporte la révolution scientifique. Nous sommes convaincus que les pays dotés d'un solide réseau de recherche en santé sont plus capables que les autres d'utiliser les progrès et les innovations pour créer des services de santé efficaces et économiques, des cadres stratégiques et réglementaires pouvant soutenir la concurrence internationale, des produits nouveaux ou adaptés et de nouvelles activités de promotion de la santé. Un milieu dynamique de recherche en santé contribue à l'amélioration de la santé, de la qualité de vie et du système des soins de santé. Cela, à son tour, suscite la confiance du public et engendre un milieu d'affaires dynamique et une économie forte.

Comme le D' Keough, le Comité croit que les sciences et l'économie vont de pair et que le gouvernement a un rôle essentiel à jouer pour maximiser les avantages pour le Canada et ses citoyens. De toute évidence, le travail scientifique de qualité est coûteux, mais il est encore plus coûteux de ne pas le faire. Les développements scientifiques se multiplient rapidement, et une concurrence féroce règne dans ce domaine. Comme beaucoup de témoins, le Comité est persuadé que le Canada ne peut pas se permettre de prendre du retard. Les avantages possibles comprennent un transfert de connaissances rapide et rentable et la conversion de ces connaissances en avantages tangibles pour la population canadienne.

Le Comité est d'avis que, pour relever un défi de cette envergure, il faudra un effort concerté de la part du gouvernement, du secteur privé, du milieu universitaire, des organisations non gouvernementales et des organismes internationaux. Chacun de ces partenaires a un rôle précis à jouer. Toutefois, c'est le gouvernement fédéral qui doit assurer la coordination et le soutien, par l'entremise de ses ministères et organismes, et notamment les IRSC et Santé Canada. Par conséquent, le Comité recommande :

> **Que le gouvernement fédéral, par l'entremise aussi bien de Santé Canada que des Instituts de recherche en santé du Canada, assure la coordination et fournisse les ressources nécessaires pour que le Canada contribue à la révolution scientifique et en bénéficie, de façon à en maximiser les avantages économiques, sanitaires et sociaux pour les Canadiens.**

Le Comité est convaincu que le Canada peut être un chef de file mondial de la recherche en santé, grâce à ses forces en génétique humaine, en biologie des cellules souches, en santé de la population, en bioéthique, en protéomique et en économie de la santé. Nous avons une prodigieuse occasion d'appliquer les connaissances acquises en génomique et en protéomique à l'étude des populations humaines et à la recherche sur l'être humain. Par exemple, les IRSC, par l'entremise de l'Institut de génétique et de l'Institut des services et des politiques de la santé, travaillent en collaboration avec le Comité coordonnateur fédéral-provincial-territorial en matière de génétique et de santé afin de cerner les questions émergentes pouvant faire l'objet d'études et d'établir un ordre de priorité.

Une méthode d'investissement plus intégrée pourrait grandement favoriser les domaines de la génomique et de la protéomique. Ainsi, avec ses solides antécédents d'excellence en recherche et en formation en science protéique, le Canada est bien placé pour contribuer à la protéomique. L'initiative canadienne en protéomique – un partenariat entre l'Institut de génétique des IRSC et les centres d'excellence du Réseau en génie protéique– table sur les investissements du gouvernement fédéral dans l'infrastructure à ce jour pour établir un programme national d'envergure qui assurera le maintien de la compétitivité du Canada à l'échelle internationale. Par conséquent, le Comité recommande :

> **Que les Instituts de recherche en santé du Canada et Génome Canada financent des projets de recherche qui assureront au Canada un rôle de chef de file mondial dans ce nouveau domaine de la génomique et de la génétique humaine afin que le système de soins de santé puisse**

profiter de cette nouvelle technologie pour améliorer la santé des Canadiens.

Que les Instituts de recherche en santé du Canada jouent un rôle de chef de file dans l'établissement de pratiques exemplaires pour ce qui est questions éthiques complexes que soulève l'utilisation de cette nouvelle technologie en recherche et en soins de la santé.

12.3 Garantir un environnement de recherche prévisible

Comme le souligne le volume deux, le gouvernement fédéral a une longue tradition de financement de la recherche en santé[260]. Les estimations les plus récentes de Statistique Canada révèlent que la majorité (environ 79 %) des recherches en santé bénéficiant d'un financement fédéral sont « extérieures », en ce sens qu'elles ont lieu dans les universités et les hôpitaux (68 %), dans des organismes privés sans but lucratif (6 %) et dans des entreprises (4 %)[261].

Les Instituts de recherche en santé du Canada, ou IRSC, constituent le principal organisme fédéral de financement de la recherche dans ce domaine. En fait, les IRSC sont la seule entité fédérale dont le budget soit intégralement consacré à la recherche en santé. Leur création, en 2000, représentait une importante évolution du mandat du Conseil de recherches médicales du Canada (CRM). Ils sont maintenant responsables du Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS), qui était auparavant le principal instrument de financement de la recherche extérieure en santé. Malgré la création des IRSC, Santé Canada s'occupe encore du financement de certaines recherches extérieures dans une foule de domaines (santé des enfants, santé des femmes, santé des Autochtones, etc.).

Il y a en outre un certain nombre d'organismes fédéraux axés sur la recherche dont le financement est entièrement centré sur la recherche en santé. Il s'agit surtout de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) et de l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé (OCCETS).

De plus, le Canada compte, plusieurs sources fédérales secondaires de financement de la recherche extérieure en santé. Plus précisément, le gouvernement fédéral est responsable de plusieurs conseils, agences et programmes de recherche qui consacrent (dans diverses mesures) une partie de leur budget à des recherches liées à la santé, comme le Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie (CRSNG), la Fondation canadienne pour l'innovation (FCI), le Programme des chaires de recherche du Canada (PCRC) et les Réseaux de centres d'excellence (RCE)[262]. Le gouvernement fédéral a également financé Génome Canada,

---

[260] Volume deux, p. 97-108.

[261] Statistique Canada, *Estimations des dépenses totales au titre de la recherche et du développement dans le secteur de la santé au Canada, 1988 à 2000*, nº 88F0006XIB01006 au catalogue, avril 2001.

[262] Les RCE sont appuyés et supervisés par les trois organismes subventionnaires canadiens (les IRSC, le CRSNG et le CRSH). Il y a lieu de mentionner que huit réseaux, sur les 22 RCE actuellement financés, mènent des recherches dans les domaines suivants : arthrite, maladies bactériennes, vaccins et immunothérapie pour le cancer et les maladies virales, accidents vasculaires cérébraux, application de l'information sur la santé, maladies génétiques,

société sans but lucratif consacrée à l'élaboration et à la mise en œuvre d'une stratégie nationale de recherche sur le génome.

Les autres recherches en santé financées par le gouvernement fédéral (environ 21 %) sont internes, étant effectuées dans des installations fédérales. Celles-ci se trouvent à Santé Canada, Statistique Canada, le Conseil national de recherches, Développement des ressources humaines Canada, Agriculture Canada, Environnement Canada (en partenariat avec Santé Canada) et l'Agence canadienne d'inspection des aliments.

12.3.1 Le financement fédéral de la recherche en santé

Le gouvernement fédéral a démontré à maintes reprises son engagement envers la recherche en santé. Le Comité se félicite de la haute priorité accordée à la recherche dans le discours du Trône de 2001 et, en particulier, de l'augmentation qui y est annoncée du financement de la recherche en santé :

> *Notre objectif, audacieux s'il en est, doit être de nous faire reconnaître comme l'un des pays les plus novateurs du monde. [...] Nous devons voir à hisser le Canada au rang des cinq pays les plus avancés au chapitre de la recherche-développement, et ce, d'ici 2010.*
>
> *[...]*
>
> *Le gouvernement augmentera à nouveau de manière substantielle les fonds destinés aux Instituts de recherche en santé du Canada. Ces fonds additionnels leur permettront d'accroître la recherche sur la prévention et le traitement des maladies, les déterminants de la santé et l'efficacité du régime de soins*[263].

Le Comité reconnaît également que la création des IRSC constituait une grande réalisation dans le domaine de la recherche en santé. Nous nous félicitons de l'augmentation du financement des IRSC annoncée dans l'exposé budgétaire de décembre 2001 en dépit des fortes pressions financières qui s'exerçaient sur le gouvernement fédéral. De plus, la création et le financement de la Fondation canadienne pour l'innovation en 1997, suivi par l'établissement des bourses d'études du millénaire, du Programme des chaires de recherche du Canada et de Génome Canada sont des indications claires du fait que la recherche et l'innovation en santé font partie intégrante de la politique publique du Canada relative à la santé.

Tout le long de l'étude, les témoins ont dit au Comité que, même si le financement fédéral assure un appui important à la recherche en santé, le Canada ne se compare toujours pas favorablement aux autres pays industrialisés à cet égard. En fait, le rôle du gouvernement national dans le financement de la recherche en santé, exprimé en parité de pouvoir d'achat (PPA) par habitant, est beaucoup plus

Tout le long de l'étude, les témoins ont dit au Comité que, même si le financement fédéral assure un appui important à la recherche en santé, le Canada ne se compare toujours pas favorablement aux autres pays industrialisés à cet égard.

cellules souches et ingénierie des protéines. Certains autres RCE peuvent avoir des répercussions sur la santé et les soins de santé (par exemple l'Institut de robotique et d'intelligence des systèmes ou le Réseau canadien de l'eau).

[263] Gouvernement du Canada, *Discours du Trône*, première session de la 37e législature, 30 janvier 2001.

important aux États-Unis, au Royaume-Uni, en France et en Australie qu'au Canada. Par exemple, comme le mentionne le volume deux , en 1998, le gouvernement américain a consacré à la recherche en santé, par habitant, quatre fois plus que le gouvernement canadien[264].

Les témoins ont été unanimes à recommander que la part du gouvernement fédéral dans les dépenses de recherche extra-muros en santé soit portée de son niveau actuel d'environ 0,5 % à 1 % des dépenses consacrées aux soins de santé au Canada. Cela nécessiterait de porter le budget actuel des IRSC de son niveau actuel de 560 millions de dollars à 1 milliard de dollars. D'autres ressources devraient également aller à la recherche en santé réalisée dans les installations fédérales (que nous abordons dans la section suivante). Dans l'ensemble, l'augmentation des fonds affectés à la recherche extérieure et intérieure en santé rapprocherait la contribution fédérale du niveau des gouvernements nationaux d'autres pays de l'OCDE. Fait plus important, cela assurerait le maintien de la recherche en santé comme secteur de pointe dynamique et innovateur.

Les témoins ont porté une autre préoccupation à l'attention du Comité : le caractère à long terme de la recherche s'accommode mal de l'horizon limité de la planification budgétaire actuelle. À l'échelle internationale, la recherche de haut calibre est très concurrentielle et nécessite des engagements à long terme. Les jeunes chercheurs, dont dépend l'avenir de la recherche canadienne, engagent leur carrière sur la base de leur perception de l'environnement à long terme de la recherche. Le Canada ne pourra pas attirer et garder les éléments brillants sans leur ménager un excellent environnement de recherche. La recherche fait abstraction des frontières nationales. Le monde reconnaît l'excellence et livre une vigoureuse concurrence pour l'obtenir.

Le Comité appuie fortement le point de vue selon lequel les fonds consacrés à la recherche en santé doivent servir à encourager les esprits les plus brillants. Les deux tiers au moins de ces fonds vont aux salaires et aux allocations de formation de chercheurs, d'adjoints de recherche, de techniciens et de stagiaires aussi hautement qualifiés que motivés. En définitive, le défi du Canada dans la recherche en santé est d'attirer et de conserver des personnes aux talents exceptionnels.

Le Comité appuie fortement le point de vue selon lequel les fonds consacrés à la recherche en santé doivent servir à encourager les esprits les plus brillants.[...] En définitive, le défi du Canada dans la recherche en santé est d'attirer et de conserver des personnes aux talents exceptionnels.

Le rôle du gouvernement fédéral est essentiel dans cette concurrence livrée pour attirer les bons chercheurs. En particulier, les IRSC constituent la source de fonds à long terme pour les activités de recherche suscitées par les chaires de recherche, la Fondation canadienne pour l'innovation et Génome Canada, qui augmentent considérablement la possibilité pour le Canada d'exceller dans le domaine de la recherche. Les IRSC sont aussi un partenaire essentiel pour la recherche suscitée par les nombreux organismes caritatifs de recherche en santé.

Dans l'ensemble, le Comité croit que le gouvernement fédéral doit établir et maintenir la stabilité à long terme de l'environnement canadien de la recherche en santé. Un

[264] Volume deux, p. 101.

financement prévisible d'un niveau suffisant constitue un préalable nécessaire. Nous sommes d'accord avec les témoins qui estiment que le gouvernement fédéral doit accroître ses investissements en recherche en santé afin que le financement fédéral de la recherche extra-muros s'élève à 1 % de toutes les dépenses consacrées aux soins de santé.

D'après le Comité, les fonds fédéraux supplémentaires devront être affectés à des projets de recherche pouvant influer considérablement sur l'état de santé ou contribuer à améliorer grandement la qualité et la prestation des soins de santé. La priorité absolue doit être accordée à la recherche dans des domaines comme la santé de la population, l'hygiène publique, la prestation de services de santé, les directives pour la pratique clinique, le développement de la petite enfance et la santé des femmes et des Autochtones.

Le Comité estime également que la création des IRSC a donné une vaste tribune pouvant servir à lancer des nouveaux projets audacieux de recherche en santé. Il juge en outre que les IRSC et leurs 13 établissements doivent insister pour que les connaissances générées par la recherche se traduisent en mesures concrètes, notamment la modification de la pratique clinique, de la politique en matière de soins de santé et des comportements individuels.

La recherche en santé est un investissement à long terme : de nombreux projets s'étendent sur toute la carrière d'un chercheur et les subventions sont ordinairement accordées pour des périodes de trois à cinq ans, ce qui est tout simplement incompatible avec le principe d'une allocation budgétaire annuelle aux IRSC. Dans l'ensemble, le Comité recommande :

Que le gouvernement fédéral :

- **augmente, dans un laps de temps raisonnable, sa contribution financière à la recherche extérieure en santé, de façon à atteindre un niveau de 1 % des dépenses totales consacrées aux soins de santé au Canada, ce qui signifie un investissement supplémentaire de 440 millions de dollars de la part du gouvernement fédéral;**
- **reconnaisse que la recherche en santé est un projet de longue haleine et, par conséquent, établisse des plans à long terme clairs pour le financement de la recherche en santé, et s'y conforme, particulièrement par l'entremise des Instituts de recherche en santé du Canada. Plus précisément, le gouvernement fédéral devrait adopter un horizon de planification de cinq ans pour le budget des IRSC;**
- **fasse un investissement prévisible et suffisant dans la recherche interne en santé.**

12.3.2 La recherche fédérale interne en santé

Selon un rapport du Conseil d'experts en sciences et en technologie, le gouvernement fédéral doit clairement effectuer des recherches internes : il doit disposer de

capacités suffisantes de recherche pour être en mesure de s'acquitter des grandes fonctions suivantes :

- soutenir la prise de décisions, l'élaboration des politiques et la réglementation;
- élaborer et gérer des normes;
- répondre aux besoins du public en matière de santé, de sécurité, d'environnement et/ou de défense;
- faciliter le développement économique et social[265].

Autrement dit, pour que le gouvernement fédéral puisse élaborer des politiques et faire respecter des règlements, il a besoin de capacités de recherche internes. De plus, il doit avoir accès à une information scientifique et technique de la plus haute qualité dans des délais correspondant à ses besoins. À défaut d'utiliser les meilleures données et analyses disponibles, le gouvernement s'expose à être jugé responsable d'éventuels dommages causés par ses décisions.

Santé Canada est le principal intervenant au niveau fédéral dans le domaine de la recherche interne en santé, cette fonction étant essentielle à l'exécution de son mandat. Le Ministère a le devoir de préserver et d'améliorer la santé de la population du Canada et d'assurer sa sécurité. Santé Canada doit donc, en plus d'accéder à une information scientifique et technique de la plus haute qualité, obtenir des conseils lui permettant d'élaborer des politiques et de mettre en vigueur des règlements. La capacité de recherche interne nécessite des compétences dans les domaines suivants :

- la situation et la propagation des maladies;
- la sécurité des aliments, de l'eau et des produits de santé, y compris les produits pharmaceutiques;
- les questions liées à la qualité de l'air;
- le respect des obligations en matière de promotion de la santé.

Pour assumer ces responsabilités, les chercheurs de Santé Canada doivent posséder des connaissances et des compétences indépendantes dans tout un éventail de disciplines scientifiques, allant des sciences du comportement à la biologie cellulaire et moléculaire. De plus, Santé Canada doit posséder des capacités internes suffisantes pour assimiler, interpréter et extrapoler les connaissances obtenues par d'autres partenaires de la recherche en santé. Enfin, le Ministère doit pouvoir recourir facilement à des compétences et à des installations dont il ne dispose pas lui-même dans ses ressources internes.

Dans l'ensemble, le Comité a appris que Santé Canada joue un rôle unique. Pour remplir son mandat, le Ministère doit être en mesure de donner des conseils scientifiques indépendants de la plus haute qualité, dans le cadre des responsabilités que lui confère la loi, d'entreprendre une vaste gamme d'activités scientifiques liées à son rôle d'organisme de réglementation et de conseiller en matière de politique, et de dispenser des services et des

---

[265] Conseil d'experts en sciences et en technologie, *Vers l'excellence en sciences et en technologie (VEST) : Les rôles du gouvernement fédéral dans les activités liées aux sciences et à la technologie*, 16 décembre 1999, p. 12. Le CEST est formé d'un groupe d'experts extérieurs qui conseillent le gouvernement fédéral sur les questions de sciences et de technologie.

programmes de santé fondés sur les résultats. Ces obligations sans pareille imposent à Santé Canada d'avoir les capacités scientifiques et de recherche nécessaires pour s'acquitter de ces trois fonctions.

Le Comité croit qu'il est important de reconnaître qu'en nommant un expert scientifique en chef en 2001, Santé Canada a agi d'une façon décisive en vue d'acquérir les capacités nécessaires pour s'acquitter de son mandat. L'expert scientifique en chef et ses collaborateurs jouent un rôle central en dirigeant et en coordonnant les responsabilités et les activités scientifiques de Santé Canada et en se faisant les champions des principes de l'alignement, des liens et de l'excellence que préconise le Conseil d'experts en sciences et en technologie.

Le Comité croit fermement qu'il est nécessaire pour le gouvernement fédéral de faire de la recherche en santé et d'avoir les moyens de s'acquitter de son mandat. Le Comité reconnaît également qu'il est important pour Santé Canada de former au besoin des partenariats avec des intervenants extérieurs au secteur public. Par conséquent, le Comité recommande :

Le Comité croit fermement qu'il est nécessaire pour le gouvernement fédéral de faire de la recherche en santé et d'avoir les moyens de s'acquitter de son mandat.

Que Santé Canada :

- **dispose des ressources financières et humaines de recherche en santé qu'il lui faut pour s'acquitter de son mandat et de ses obligations;**
- **entreprenne activement d'établir des liens et des partenariats avec d'autres intervenants du domaine de la recherche en santé.**

12.4 Rehausser la qualité des services de santé et de la prestation des soins

Comme nous l'avons mentionné à maintes reprises dans notre rapport, le système canadien de soins de santé se trouve dans une situation grave, marquée par des hausses des coûts, une grande insatisfaction et des attentes élevées. De nombreuses recommandations ont été formulées au fil des ans en vue de modifier le système public de soins de santé. La plupart se fondaient cependant non sur des faits scientifiques, mais sur des preuves anecdotiques ou des considérations politiques. Voilà pourquoi la recherche portant sur tous les aspects du système public de soins de santé revêt actuellement tant d'importance pour les décideurs et les gestionnaires de la politique des soins de santé.

D'autres recherches sont nécessaires dans différents secteurs, notamment :

- les politiques de promotion de la santé
- les stratégies de prévention des maladies et des blessures (tant au niveau des individus que de la population)

- les déterminants de la santé
- les approches de gestion des soins primaires
- les nouveaux modes de rémunération des fournisseurs et des établissements de soins de santé
- le processus décisionnel des fournisseurs et des utilisateurs de soins de santé
- les modèles organisationnels de prestation des soins
- la gestion de la politique en matière de soins de santé
- la répartition des ressources des soins de santé
- les répercussions de la privatisation de certains secteurs des soins de santé
- l'analyse pharmacoéconomique
- l'évaluation et l'utilisation de la technologie et du matériel de soins de santé.

La recherche clinique et la participation des fournisseurs de soins eux-mêmes à la recherche en santé jouent un rôle clé dans l'exploitation des résultats de la recherche fondamentale pour améliorer la santé et les soins. Les essais cliniques et les grandes études longitudinales sur la santé de la population ne reçoivent pas un financement suffisant au Canada, surtout parce que le lancement de telles études nécessite d'importants engagements financiers à long terme. Des investissements urgents sont nécessaires pour former des cliniciens-chercheurs et pour les appuyer par la suite dans leur carrière. Harcelés par une demande toujours plus grande de services cliniques, ces derniers trouvent de plus en plus difficile de rester compétitifs dans la course aux prix et aux subventions.

Au Canada, de nombreuses organisations s'occupent de recherche sur les services de santé. Le Comité est d'avis qu'en ce moment critique pour notre système de soins de santé, il est essentiel que ce genre de recherche reçoive un financement suffisant et que les centres de recherche et leur personnel participent au débat actuel sur la structure future du système canadien de services hospitaliers et de services dispensés par un médecin ainsi que sur les moyens de réduire les lacunes croissantes de la couverture du régime de soins.

Le Comité croit que le gouvernement fédéral, en raison de son rôle très particulier dans la recherche en santé, devrait consacrer des crédits substantiels pour favoriser, de concert avec les provinces et les territoires, l'adoption des résultats de la recherche dans la pratique clinique.

De plus, de nombreuses études ont montré qu'il existe un important écart entre les nouvelles connaissances et leur application courante dans la médecine de tous les jours. Par exemple, seulement 46 % des patients âgés ont reçu le vaccin antipneumococcique, en dépit du fait qu'ils forment le groupe qui risque le plus d'être atteint par les infections pneumococciques. Bien que son administration soit recommandée pour tous les diabétiques adultes, l'aspirine n'est prescrite que dans 20 % des cas, et les conseils sur la transmission du VIH ne sont donnés qu'à moins de 3 % des adolescents qui

passent par un cabinet de médecin[266]. De plus, d'importantes différences persistent dans les schémas de pratique et les résultats, aussi bien entre régions qu'entre provinces. Le Comité croit que le gouvernement fédéral, en raison de son rôle très particulier dans la recherche en santé, devrait consacrer des crédits substantiels pour favoriser, de concert avec les provinces et les territoires, l'adoption des résultats de la recherche dans la pratique clinique. Le gouvernement devrait le faire tout en continuant à appuyer les nouvelles recherches sur les questions de santé prioritaires et à mettre au point de nouveaux outils, pour qu'à l'avenir ces connaissances et ces outils servent à améliorer la santé et les soins de santé.

Dans l'ensemble, le Comité estime qu'il faudrait mener plus de recherches pour améliorer la qualité des services de santé et de la prestation des soins. Par conséquent, il recommande :

> **Que le gouvernement fédéral, par l'entremise des Instituts de recherche en santé du Canada, de Santé Canada et de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, consacre des fonds supplémentaires à la recherche sur les services de santé et à la recherche clinique, et qu'il collabore avec les provinces et les territoires pour que les résultats de ces recherches soient largement diffusés parmi les fournisseurs, les gestionnaires et les décideurs du domaine des soins de santé.**

12.5 Améliorer l'état de santé des populations vulnérables

De nombreux groupes de la société canadienne ont, pour diverses raisons, un accès moins immédiat que les autres à des services de santé correspondant à leurs besoins particuliers. On peut citer l'exemple des personnes atteintes de troubles mentaux, des toxicomanes, des personnes handicapées, de certaines minorités ethniques, des femmes en situation difficile, des habitants des collectivités rurales et isolées, des sans-abri et des pauvres. Le Comité reconnaît qu'il existe au Canada un besoin urgent d'appuyer des recherches pluridisciplinaires en santé afin d'acquérir de nouvelles connaissances sur les divers facteurs qui influencent l'état de santé ainsi que sur les moyens d'améliorer l'accès aux soins de santé dont les groupes vulnérables ont besoin. Les IRSC ont récemment élaboré un plan stratégique, par l'intermédiaire de trois de leurs instituts, en vue d'étudier cet important problème, mais des ressources supplémentaires sont nécessaires. Par conséquent, le Comité recommande :

> **Que le gouvernement fédéral, par l'entremise des Instituts de recherche en santé du Canada et de Santé Canada, affecte davantage de fonds à la recherche portant sur la santé de segments particulièrement vulnérables de la société canadienne.**

Dans le volume quatre de son étude sur les soins de santé, le Comité a déclaré que l'état de santé des Autochtones canadiens est une honte nationale. Il y a un écart disproportionné et totalement inacceptable entre les indicateurs de santé des Autochtones et

[266] *JAMA*, vol. 286, p. 1834 (2001).

ceux des autres Canadiens. Les membres de nos Premières nations connaissent une incidence beaucoup plus élevée de nombreux problèmes de santé, comprenant notamment le cancer, le diabète et l'arthrite, les affections cardiaques parmi les hommes, le suicide parmi les jeunes hommes, le VIH-sida ainsi que la morbidité et la mortalité liées aux blessures. Les taux de mortalité infantile sont deux à trois fois supérieurs à la moyenne nationale, avec des proportions élevées de syndrome et d'effets d'alcoolisme fœtal et de mauvaise nutrition. Environ 12 % des enfants autochtones sont asthmatiques, par rapport à 5 % de l'ensemble des enfants canadiens. Cette dernière tendance est attribuable, du moins en partie, à des problèmes de santé environnementale, comme la présence de moisissures dans les maisons[267].

Le Comité croit que c'est la recherche qui pourrait contribuer le plus à l'amélioration de l'état de santé des Autochtones canadiens.

Le Comité croit que c'est la recherche qui pourrait contribuer le plus à l'amélioration de l'état de santé des Autochtones canadiens. À notre avis, la création, aux IRSC, de l'Institut de la santé des Autochtones est un pas important dans la bonne direction. Santé Canada, qui dispense de nombreux services et programmes de santé dans les collectivités des Premières nations et les collectivités inuites, devrait renforcer sa capacité de recherche et sa capacité d'intégration des résultats de la recherche dans la politique publique. En particulier, Santé Canada a besoin d'une forte capacité de recherche pour atteindre les objectifs suivants :

- compiler et analyser les renseignements démographiques disponibles pour déterminer les tendances, les nouveaux problèmes et les différences entre régions géographiques et collectivités;
- examiner les programmes et les services pour déterminer les pratiques les plus efficaces dans les collectivités des Premières nations et les collectivités inuites, et pour s'assurer que des progrès suffisants sont réalisés en vue de résoudre les grands problèmes de santé;
- maintenir et renforcer la capacité d'analyse de la recherche tant nationale qu'internationale, et intégrer les pratiques exemplaires dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques et des programmes.

Par conséquent, le Comité recommande à titre urgent :

Que le gouvernement fédéral affecte des fonds supplémentaires à l'Institut de la santé des Autochtones des IRSC, afin d'intensifier la participation des chercheurs canadiens en santé, et notamment des Autochtones eux-mêmes, aux recherches visant à améliorer la santé des Autochtones canadiens.

Que Santé Canada reçoive des ressources supplémentaires pour étendre sa capacité de recherche et renforcer sa capacité d'intégration des résultats de la recherche dans le domaine de la santé des Autochtones.

---

[267] Volume quatre, p. 139-146.

La recherche sur les questions de santé intéressant les pays en développement est également importante. Le Comité a appris que ces recherches sont très rares. En fait, les données recueillies portent à croire que moins de 10 % de la recherche en santé est consacrée aux problèmes qui représentent 90 % du fardeau mondial des maladies.

Les principales causes de morbidité et de mortalité dans les pays en développement peuvent être regroupées sous quatre grands titres : la malnutrition, le manque d'hygiène sexuelle et reproductive, les maladies transmissibles et les maladies non transmissibles (y compris les blessures). Un récent rapport de l'Organisation mondiale de la santé révèle qu'en présence d'un grand nombre de malades, de mourants ou de personnes souffrant de malnutrition, la croissance économique est impossible à long terme.

Le Comité est d'avis qu'en raison de son expertise et de son excellence dans la recherche en santé, le Canada devrait assumer un rôle de leadership à cet égard. Le gouvernement fédéral a déjà franchi un premier pas dans la bonne direction. En effet, dans un effort conjoint sans précédent, quatre organismes gouvernementaux canadiens ont uni leurs forces pour prendre l'engagement commun de s'attaquer aux problèmes de santé mondiaux grâce à la recherche. L'Agence canadienne de développement international (ACDI), les IRSC, le Centre de recherches pour le développement international (CRDI) et Santé Canada ont ainsi lancé l'Initiative de recherche en santé mondiale (IRSM). Cette entreprise conjointe leur permettra non seulement d'exploiter plus efficacement leurs programmes et leurs recherches, mais aussi de contribuer à une grande cause humanitaire, la protection de la santé des citoyens de tous les pays, y compris les Canadiens. C'est un début, et il faudra en faire plus. Par conséquent, le Comité recommande :

Que le gouvernement fédéral affecte davantage de ressources à l'Initiative de recherche en santé mondiale.

12.6 Commercialiser les résultats de la recherche en santé

Les nouvelles connaissances découlant de la recherche en santé ont en elles-mêmes une grande valeur pour la société, mais les effets globaux de la recherche sont maximisés quand ces connaissances rapportent des avantages sociaux et économiques. La commercialisation des résultats de la recherche en santé est l'un des moyens de réaliser ces avantages.

Les nouvelles connaissances découlant de la recherche en santé ont en elles-mêmes une grande valeur pour la société, mais les effets globaux de la recherche sont maximisés quand ces connaissances rapportent des avantages sociaux et économiques. La commercialisation des résultats de la recherche en santé est l'un des moyens de réaliser ces avantages.

La commercialisation des résultats de la recherche en santé peut intervenir à de nombreuses étapes différentes de la recherche, chacune de ces étapes faisant l'objet de problèmes distincts. Par exemple, l'une des principales difficultés de la commercialisation de la recherche universitaire en santé (recherche effectuée dans les universités et les hôpitaux) est qu'aux premiers stades des travaux, les investissements privés sont très risqués et sont donc d'un caractère spéculatif. Par contre, une fois que la recherche a débouché sur un produit commercialisable, comme aux derniers stades

des essais cliniques (principalement réalisés par de grandes entreprises pharmaceutiques orientées vers la recherche), le principal problème réside dans le régime de propriété intellectuelle et de brevets, de même que dans l'approbation et la surveillance des médicaments. La commercialisation des résultats de la recherche en santé procure de nombreux avantages, notamment :

- amélioration de la santé, qui peut augmenter la productivité de la main-d'œuvre;
- amélioration de la qualité des services de santé;
- augmentation de l'efficacité de la prestation des soins de santé;
- financement accru de la recherche, découlant de la commercialisation et de la formation de partenariats de recherche;
- création d'emplois dans de nouvelles entreprises;
- intensification de l'activité économique grâce à la fabrication, à la commercialisation et à la vente de nouveaux produits et services liés aux soins de santé.

Dans son mémoire au Comité, le Conseil pour la recherche en santé au Canada mentionne que les nouvelles sociétés de biotechnologie établies par des scientifiques bénéficiant d'un financement des IRSC constituent une importante retombée des investissements publics dans la recherche en santé :

> *Par exemple, 23 sociétés ont été créées à l'Université de la Colombie-Britannique, et 732 personnes y travaillent. À McGill, 18 entreprises ont été lancées; elles emploient 392 personnes. À l'Université d'Ottawa, 10 sociétés ont été mises sur pied et offrent du travail à 459 personnes. De telles entreprises ne peuvent s'épanouir sans investissements publics servant à financer régulièrement la machine à découverte*[268].

Visudyne est un exemple de résultat de la recherche canadienne en santé ayant entraîné des progrès remarquables dans le domaine des soins. Ce médicament, dont l'utilisation a été autorisée dans plus de 30 pays, constitue le seul traitement approuvé de la dégénérescence maculaire liée à l'âge, principale cause de perte de la vue due au vieillissement. Le médicament a été mis au point à l'Université de la Colombie-Britannique, avec un financement provenant partiellement du gouvernement fédéral. L'Université a prêté son concours pour le démarrage de la société QLT Inc., chargée de la commercialisation du produit. L'entreprise, qui a son siège à Vancouver, emploie plus de 350 personnes et a une capitalisation boursière de l'ordre de 1,5 milliard de dollars américains.

Le 3TC est un autre exemple : seul inhibiteur de la reverse-transcriptase du VIH ayant peu ou pas d'effets secondaires, ce produit est un élément courant du traitement du VIH-sida, mis au point grâce à des recherches effectuées à Montréal avec un financement fédéral. Avant son acquisition par la société britannique Shire Pharmaceuticals plc., BioChem

---

[268] Conseil pour la recherche en santé au Canada, *Recherche en santé – Moteur de l'innovation*, mémoire présenté au Comité le 30 décembre 2001, p. 2-3.

Pharma Inc. avait son siège à Montréal, employait 278 personnes et avait une capitalisation boursière de 3,7 milliards de dollars américains.

Ces exemples illustrent le potentiel de la recherche en santé pour le traitement des maladies, la création d'emplois et la production d'avantages économiques pour le Canada. Même si beaucoup de technologies développées dans les universités sont cédées sous licence à des sociétés étrangères, il est raisonnable de s'attendre à ce que le Canada conserve certains avantages quand le gouvernement fédéral a contribué au financement de la recherche en cause.

Comme nous l'avons dit à la section 12.2, les sciences et l'économie vont de pair. Toutefois, dans son témoignage devant le Comité, le Dr Henry Friesen, chef d'équipe du Western Canadian Task Force on Health Research and Development, a déclaré que les conditions actuelles ne permettent pas aux contribuables canadiens de bénéficier au maximum des résultats de la recherche en santé financée par les deniers publics[269]. De l'avis du groupe de travail, loin d'être optimale, la capacité de commercialisation des résultats de la recherche est clairement inacceptable[270].

Des conclusions semblables figurent dans un rapport daté de 1999 du Conseil consultatif des sciences et de la technologie (CCST), produit par son Groupe d'experts sur la commercialisation des résultats de la recherche universitaire[271]. Le Groupe d'experts défend la thèse selon laquelle les résultats tirés de la recherche universitaire financée par des fonds fédéraux devraient, s'il existe des possibilités de commercialisation, être gérés comme un bien pouvant rapporter des dividendes à l'économie et aux contribuables du Canada. Il démontre que les États-Unis ont beaucoup mieux réussi que le Canada à commercialiser les résultats de la recherche universitaire, en dépit d'une participation croissante du secteur privé au financement de la recherche dans les universités canadiennes.

La plupart des grands établissements de recherche du Canada (universités et hôpitaux de recherche) ont des bureaux internes de commercialisation de la technologie financés par des sources universitaires et, en cas de succès, par les recettes découlant de leur propre activité. À l'heure actuelle, les dépenses liées aux activités de commercialisation ne sont pas couvertes par le financement fédéral direct de la recherche. Le Comité a appris que, pour la grande majorité, ces bureaux de commercialisation de la technologie ne recouvrent pas leurs frais et constituent donc des centres de coûts plutôt que des centres de profit pour leur établissement. Même si leur fonction n'est pas essentielle à la recherche en soi (création de nouvelles connaissances), on peut soutenir qu'il existe de bonnes raisons d'inclure les frais d'exploitation de ces bureaux dans le calcul des coûts indirects de la recherche, puisque la commercialisation de la technologie est une activité liée à la recherche.

La question du financement des coûts de recherche indirects par les organismes subventionnaires fédéraux fait depuis quelques années l'objet d'une controverse. Selon certains, elle explique en partie la compétitivité moindre des chercheurs canadiens. Les coûts indirects sont les dépenses liées à l'administration, à l'entretien, à la commercialisation et à la

---

[269] Voir délibérations du Comité, fascicule nº 30.

[270] Western Canadian Task Force on Health Research and Development, *Shaping the Future of Health Research and Economic Development in Western Canada*, août 2001, p. 19-20.

[271] Groupe d'experts sur la commercialisation des résultats de la recherche universitaire, *Les investissements publics dans la recherche universitaire : Comment les faire fructifier*, Conseil consultatif des sciences et de la technologie, 4 mai 1999.

rémunération du chercheur principal, qui sont attribuables à un projet de recherche. Le rapport de 1999 du CCST[272] ainsi que des publications postérieures recommandent que le gouvernement fédéral augmente son investissement en acceptant de financer les coûts indirects de la recherche qu'il appuie. De même, le mémoire du Conseil pour la recherche en santé au Canada insiste sur le point suivant :

> *[Les] coûts indirects de recherche doivent être financés afin d'offrir un milieu de pointe en recherche, milieu qui permette la réalisation de tous les avantages du programme d'innovation du gouvernement. [...] Le Conseil croit que le gouvernement devrait avoir pour priorité d'élaborer le plus tôt possible un plan spécifique et à long terme s'attaquant à cette question*[273].

Le Comité reconnaît que, dans son budget de décembre 2001, le gouvernement fédéral a prévu un investissement ponctuel de 200 millions de dollars, par l'entremise des conseils subventionnaires, pour réduire les pressions financières liées à la hausse des coûts indirects des activités de recherche, y compris la commercialisation. Nous espérons, d'une part, que les universités et les hôpitaux de recherche utiliseront une partie de ces fonds pour renforcer leur capacité de commercialisation et, de l'autre, que le gouvernement fédéral décidera de transformer cet investissement ponctuel en crédit annuel permanent.

Le Comité convient avec les témoins et les conclusions des rapports récents qu'il est nécessaire de trouver des moyens de faire profiter au maximum les contribuables canadiens de la commercialisation de la recherche en santé financée à l'aide de fonds fédéraux. Nous croyons que le gouvernement fédéral devrait établir les conditions nécessaires pour permettre aux chercheurs et aux bureaux de commercialisation de la technologie qui offrent de l'appui et des services aux chercheurs de maximiser les résultats de leurs efforts de commercialisation des résultats de la recherche en santé financée à l'aide de fonds fédéraux.

Le Comité convient avec les témoins et les conclusions des rapports récents qu'il est nécessaire de trouver des moyens de faire profiter au maximum les contribuables canadiens de la commercialisation de la recherche en santé financée à l'aide de fonds fédéraux. Nous croyons que le gouvernement fédéral devrait établir les conditions nécessaires pour permettre aux chercheurs et aux bureaux de commercialisation de la technologie qui offrent de l'appui et des services aux chercheurs de maximiser les résultats de leurs efforts de commercialisation des résultats de la recherche en santé financée à l'aide de fonds fédéraux.

De plus, le Comité estime qu'à titre de principal mécanisme canadien de financement de la recherche en santé ayant le mandat législatif d'utiliser la connaissance pour améliorer la santé, les IRSC sont les mieux placés pour évaluer les recommandations relatives à la recherche en santé formulées par le Western Canadian Task Force, le Groupe d'experts du CCST et dans d'autres études sur la commercialisation de la technologie. Nous croyons que les IRSC devraient se servir de ces études comme base pour élaborer et mettre en œuvre une

---

[272] *Ibid.*

[273] Conseil pour la recherche en santé au Canada, mémoire présenté au Comité, p. 5.

stratégie d'innovation tenant compte des programmes, des politiques et des personnes. À notre avis, une telle stratégie devrait permettre aux IRSC d'appuyer et de renforcer la capacité des bureaux universitaires de commercialisation de la technologie de maximiser les transferts de technologie au marché, favorisant ainsi l'innovation et la création d'entreprises et d'emplois au Canada. Nous croyons en outre que cette stratégie d'innovation doit se fonder sur un cadre comprenant des principes directeurs qui touchent le bien public et les avantages pour le Canada, afin que la recherche du maximum d'avantages sociaux et économiques ne menace ni la liberté universitaire, ni l'orientation de la recherche, ni la prestation des soins de santé. Par conséquent, le Comité recommande :

Que le gouvernement fédéral exige de tous les bénéficiaires de subventions fédérales à la recherche en santé l'engagement explicite d'obtenir le maximum d'avantages pour le Canada quand les résultats de la recherche subventionnée sont utilisés à des fins lucratives.

Que les Instituts de recherche en santé du Canada, sans faire abstraction de la valeur sociale de la recherche en santé n'ayant pas de résultats commerciaux lucratifs, cherchent à favoriser les retombées économiques au Canada découlant de leurs investissements dans la recherche canadienne en santé, quand les résultats de cette recherche sont utilisés à des fins lucratives. Ce faisant, les IRSC devraient élaborer une stratégie d'innovation visant à accélérer et à faciliter la commercialisation des résultats de la recherche en santé.

Que le gouvernement fédéral investisse des ressources supplémentaires, dans le cadre de la stratégie d'innovation des IRSC, pour valoriser la production des chercheurs canadiens en santé et renforcer la capacité de commercialisation des résultats de la recherche en santé financée par des fonds fédéraux. Le nouveau financement devrait s'ajouter aux investissements actuels dans la recherche en santé. Il faudrait en particulier rendre permanent le financement des coûts indirects de la recherche par les organismes subventionnaires du Canada. Les responsables de la recherche en santé devraient rendre compte de l'utilisation des fonds de commercialisation.

La délivrance de brevets à l'égard de formes de vie supérieures est un aspect de la commercialisation des résultats de la recherche en santé qui a récemment suscité une certaine controverse. Ce sujet est étroitement lié à des questions d'éthique, de propriété intellectuelle et d'intérêts économiques. Même si ces questions s'inscrivent dans le cadre de la recherche canadienne en santé et du travail du Comité, elles sont examinées ailleurs. En fait, le gouvernement fédéral a chargé le Comité consultatif canadien de la biotechnologie (CCCB) de le conseiller sur cette question de la plus haute importance. Le CCCB a publié un rapport provisoire fin 2001 dans lequel il recommande de refuser de breveter des êtres humains, quel que

soit le stade de leur développement[274]. De plus, le rapport recommande d'entreprendre un programme de recherche systématique pour évaluer les répercussions des brevets de biotechnologie sur différents aspects des services de santé. C'est clairement là un sujet qui mérite un examen sérieux, mais qui déborde le cadre du présent rapport.

12.7 Respecter les normes d'éthique les plus élevées dans la recherche en santé

Les sections qui précèdent ont démontré l'excellence croissante du Canada dans le domaine de la recherche en santé et la priorité élevée dont cette recherche bénéficie chez nous. L'histoire montre cependant que la découverte de nouvelles connaissances relatives à la santé peut, par exemple, occasionner des abus touchant les sujets de la recherche, la vie privée et le traitement des animaux. Des nombreux rapports ont souligné de diverses façons que l'acquisition de nouvelles connaissances ne devrait pas se faire au détriment d'êtres humains ou d'autres formes de vie et que l'excellence en santé exige l'excellence en matière d'éthique.

Mais qu'est-ce que l'éthique? Laura Shanner, professeure à l'Université de l'Alberta, a dit au Comité que l'éthique est « une tentative systématique et raisonnée de comprendre des questions d'une importance humaine fondamentale et de prendre les meilleures décisions possibles à leur sujet[275] ». Quand l'éthique est appliquée à des connaissances biologiques en médecine, on parle plutôt de « bioéthique ». La Dre Nuala Kenny, professeure de pédiatrie à l'Université Dalhousie (Nouvelle-Écosse), a défini comme suit la bioéthique :

> *La bioéthique est une compréhension particulière de l'éthique qui implique la discipline de la philosophie pour aider à prendre des décisions de valeur. C'est une question de déterminer ce qui est juste et bon. La bioéthique est l'éthique dans le domaine de la biosphère, la biologie humaine. Cela va également au-delà de la santé humaine, mais la majorité des gens l'utilisent dans ce contexte.*
>
> *Cela revient à poser la question de savoir comment définir, dans une société multiculturelle, les valeurs, les problèmes et les intérêts en jeu pour décider de ce qui est juste et bon, généralement concernant la situation d'un patient. Puis, comment aider les parties en question à établir une sorte de priorité afin de se battre pour ce qui est bon ou contre ce qui est mauvais, et de faire des choix de manière responsable*[276].

Dans beaucoup de domaines, les décisions difficiles nécessitent l'examen de multiples facteurs, mettant chacun en cause des valeurs, des principes, des points de vue, des convictions, des attentes, des craintes, des espoirs, etc., différents et souvent contradictoires. Face à de telles décisions, différentes personnes vont aboutir à différentes conclusions non seulement parce qu'elles considèrent des facteurs différents, mais aussi parce qu'elles les jugent les uns par rapport aux autres de façons différentes. L'effet pratique de l'éthique, comme discipline, est d'aider ceux qui doivent affronter des décisions complexes à en saisir les valeurs et

---

[274] Comité consultatif canadien de la biotechnologie, *Biotechnologie et propriété intellectuelle : La brevetabilité des formes de vie supérieures et enjeux connexes*, rapport provisoire adressé au Comité de coordination ministérielle de la biotechnologie, gouvernement du Canada, Ottawa, novembre 2001.

[275] Laura Shanner, *Ethical Theories in Bioethics and Health Law*, Université de l'Alberta, mémoire présenté au Comité, 2000, p. 1.

[276] Dre Nuala Kenny (42:59-60).

les principes inhérents et à les peser les uns par rapport aux autres afin d'aboutir à la meilleure décision possible. Bien que fondée sur de solides bases théoriques, l'éthique des soins et de la recherche en santé traite de situations réelles de la vie.

Comme la recherche tente constamment de faire avancer le champ de la connaissance, elle pose les questions d'éthique les plus difficiles. L'objet de cette section est de passer en revue quelques-uns des grands secteurs de l'éthique de la recherche à la lumière des politiques et des mécanismes nécessaires ou actuellement en place au Canada, pour nous assurer que la recherche en santé est réalisée d'une manière conforme aux normes éthiques des Canadiens.

12.7.1 La recherche sur des sujets humains

La recherche en santé doit, à l'occasion, porter sur des humains comme sujets. Même si la recherche sur d'autres êtres vivants procure des connaissances essentielles, en définitive, seule la recherche sur des sujets humains peut nous dire, par exemple, si une approche possible de la prévention, du diagnostic ou du traitement d'une maladie est assez sûre, si elle aide vraiment les patients, quels sont ses effets secondaires et si elle est supérieure à un traitement qui existe déjà.

Les sujets de recherche – il s'agit souvent de patients atteints de la maladie dont le traitement est à l'étude – assument des risques pour que d'autres puissent profiter des connaissances que la recherche est censée fournir.

Les sujets de recherche – il s'agit souvent de patients atteints de la maladie dont le traitement est à l'étude – assument des risques pour que d'autres puissent profiter des connaissances que la recherche est censée fournir. La recherche sur des sujets humains comporte de nombreux risques : abus des personnes en cause, mauvaise utilisation des données, exploitation, violation de la vie privée, confidentialité, etc. Parce que la recherche en santé suscite tant de questions, un consensus international s'est développé au cours du dernier demi-siècle. Ce consensus, qui a commencé avec le Code de Nuremberg (1947) et la Déclaration de Helsinki (1964, révisée en 2000), préconise que les aspects éthiques de tout projet de recherche ayant des sujets humains soient examinés et approuvés, après modification si nécessaire, par un comité d'éthique constitué d'une manière appropriée (au Canada, il porte le titre de « comité d'éthique de la recherche » ou CER) avant le commencement des travaux.

Un comité d'éthique de la recherche (CER) « est un mécanisme que la société canadienne établit pour garantir la protection de ses membres participant à des travaux de recherche[277] ». Un CER est un groupe pluridisciplinaire indépendant des chercheurs et des commanditaires de la recherche, formé dans un établissement local pour examiner les normes éthiques des projets de recherche de l'établissement. Il est habilité à approuver ou à rejeter tout projet envisagé ou en cours ayant des sujets humains, à en demander la modification ou à y mettre fin. En fait, le CER atteste, pour chaque protocole de recherche, que les travaux envisagés, s'ils sont réalisés de la manière approuvée, satisfont aux normes d'éthique auxquelles les Canadiens s'attendent, ou les dépassent.

---

[277] Conseil national d'éthique en recherche chez l'humain, *Protecting Human Research Subjects: Case-Based Learning for Canadian Research Ethics Boards and Researchers*, Ottawa, 2000, p. 7.

La principale politique nationale régissant l'éthique de la recherche sur des sujets humains, *Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains* (EPTC), a été publiée en 1998 par les IRSC, le CRSH et le CRSNG. L'EPTC a remplacé les politiques antérieures (CRM, 1978 et 1987; CRSH, 1976). Le Panel d'experts et le Secrétariat en éthique de la recherche, que les trois organismes subventionnaires fédéraux ont constitués en novembre 2001, sont chargés de coordonner l'évolution et l'interprétation de l'EPTC, l'objectif étant de le tenir à jour face à l'évolution rapide de la connaissance, de la recherche et de la technologie.

L'*Énoncé de politique des trois Conseils* a été adopté par les établissements universitaires (où se fait la plus grande partie de la recherche sur des sujets humains) et par un certain nombre de ministères et d'organismes fédéraux, y compris le ministère de la Défense nationale (MDN) et le Conseil national de recherches du Canada (CNRC).

Santé Canada est en train d'établir son propre comité d'éthique de la recherche, qui se servira aussi de l'EPTC, pour déterminer si la recherche interne, la recherche donnée à contrat à des chercheurs extérieurs et les demandes présentées aux IRSC et à d'autres organismes de financement sont acceptables sur le plan éthique. Santé Canada a également adopté les lignes directrices de la Conférence internationale d'harmonisation relatives aux essais cliniques auxquels participent des sujets humains[278].

Depuis les années 70, conformément aux politiques nationales régissant l'éthique de la recherche sur les sujets humains, quelque 300 CER locaux ont été créés au Canada dans différents milieux : universités, laboratoires du gouvernement, organisations communautaires, hôpitaux universitaires et communautaires. Dans beaucoup d'hôpitaux universitaires, au moins 50 % des protocoles de recherche examinés par les CER portent sur des essais cliniques commandités par le secteur privé pour mettre à l'épreuve de nouvelles interventions pharmaceutiques dans la santé humaine, afin de satisfaire aux exigences réglementaires d'autorisation de Santé Canada et de la Food and Drug Administration des États-Unis. De plus, un certain nombre de CER d'entreprise et de CER privés à but lucratif ont été créés dans les dernières années pour examiner la recherche financée par des intérêts privés à l'extérieur des établissements universitaires, à des endroits sans accès à un CER local. En Alberta, tous les médecins qui ne relèvent pas d'un CER d'établissement sont tenus de recourir au CER du Collège des médecins et chirurgiens de l'Alberta. Pour sa part, Terre-Neuve envisage d'établir un CER unique chargé d'examiner toute la recherche en santé effectuée dans la province.

En 1989, le CRM a créé le Conseil national d'éthique en recherche chez l'humain (CNERH), avec l'appui de Santé Canada et du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Le CNERH s'efforce d'encourager le respect de normes d'éthique rigoureuses dans la recherche sur des sujets humains effectuée partout dans le pays, en donnant des conseils sur la mise en œuvre de l'EPTC, surtout dans le cadre d'activités éducatives et de visites sur place à des CER locaux. Le CNERH est actuellement financé par les IRSC, le CRSH, le CRSNG, Santé Canada et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

---

[278] Malgré le soin apporté par les trois organismes subventionnaires fédéraux et Santé Canada pour assurer l'harmonisation internationale des lignes directrices régissant les essais cliniques sur des sujets humains, le Comité tient à avoir l'assurance catégorique que tout Canadien participant à des essais cliniques d'origine étrangère est protégé par des normes éthiques au moins aussi strictes que celles qui s'appliquent au Canada.

12.7.2 Questions suscitées par la recherche sur des sujets humains[279]

L'*Énoncé de politique des trois Conseils*, qui est en fait la politique nationale du Canada sur la conduite éthique de la recherche en santé sur des sujets humains, semble être compatible avec les normes mondiales. Pour la plupart, les CER du Canada semblent appliquer des normes élevées, fondées sur plus de vingt ans d'expérience et de dévouement de nombreuses personnes partout dans le pays. Toutefois, le Comité a appris que de sérieuses lacunes sont signalées dans quelques rapports récemment publiés par le CNERH et les IRSC ainsi que par la Commission du droit du Canada[280]. Nous présentons dans ce qui suit un résumé des principaux problèmes ou lacunes mentionnés dans ces rapports :

- Bien que l'*Énoncé de politique des trois Conseils* établisse des normes très élevées, il n'existe actuellement aucun mécanisme de surveillance permettant de vérifier la conformité à ces normes. D'une part, il n'existe aucun processus d'approbation, d'autorisation ou d'inspection régulière des procédures d'examen de l'éthique de la recherche appliquées par les CER. De l'autre, et malgré le fait qu'un nombre croissant de CER commencent à s'attaquer à ce problème, peu de comités d'éthique suivent les recherches effectuées après l'approbation du protocole correspondant. En d'autres termes, les CER n'ont le plus souvent qu'une connaissance limitée de ce qui se passe après l'approbation d'un protocole de recherche.

- Certaines préoccupations ont été exprimées au sujet de conflits d'intérêts réels ou perçus impliquant des chercheurs ou des établissements. Même si, par consensus international, les CER doivent être créés dans les établissements de recherche et si leur travail exige une collaboration étroite avec d'autres services de leur établissement, ils doivent pouvoir fonctionner à l'abri des pressions de l'établissement et des chercheurs.

- De même, l'absence de supervision publique des CER privés, qui agissent indépendamment ou par l'entremise d'organisations de recherche engagées à contrat par des sociétés de produits pharmaceutiques, suscite des préoccupations au sujet de leur indépendance et des possibilités de conflit d'intérêts.

---

[279] La section qui suit ne traite pas des limites éthiques de la recherche sur la santé génésique humaine parce que des mesures législatives fédérales portant sur ce sujet doivent être déposées sous peu à la Chambre des communes. Le Comité reconnaît que ce secteur est à la fine pointe de la recherche appliquée et qu'il évolue rapidement. À notre avis, toute la recherche portant sur le matériel reproducteur humain, les organismes humains tirés de ce matériel, d'autres souches de cellules humaines ou toute partie de ce qui précède (y compris les gènes humains) devrait être assujettie à un examen éthique complet effectué par les CER compétents, ainsi qu'à l'EPTC et aux mesures législatives et réglementaires applicables.

[280] Pour plus de précisions, voir les quatre documents suivants : 1) CNERH (anciennement, le Conseil national de la bioéthique en recherche chez les sujets humains ou CNBRH), « Protéger et promouvoir le sujet de recherche humain : Un examen de la fonction des Comités de recherche d'éthique pour la recherche dans les facultés de médecine au Canada », dans *Communiqué CNBRH*, vol. 6(1), 1995; 2) Ébauche de rapport du Groupe de travail du CNERH chargé d'étudier les modèles d'accréditation des programmes de protection des sujets humains au Canada, 28 septembre 2001; 3) Michael MacDonald (chercheur principal), *Gouvernance de la recherche en santé avec des sujets humains*, recherche commanditée par la Commission du droit du Canada, Ottawa, mai 2000; 4) Projet de rapport du Groupe de travail sur l'examen continu, IRSC, 2001.

- Les CER ont besoin de ressources supplémentaires. Le travail devenant de plus en plus compliqué, du fait de la mondialisation, de l'évolution de la technologie et de la commercialisation, les CER ont de la difficulté à se trouver des présidents et même à recruter des membres.
- Il n'existe actuellement au Canada aucune norme sur les titres et l'expérience des membres des CER et des chercheurs en éthique de la recherche. En l'absence de normes canadiennes, les chercheurs doivent cependant satisfaire aux normes de formation américaines s'appliquant à la recherche en santé sur des sujets humains financée par des sources américaines.
- Les processus actuels d'examen éthique se fondent davantage sur les « producteurs » que sur les « consommateurs ». En d'autres termes, les sujets ne sont pas suffisamment représentés au niveau de la gestion de la recherche.
- Il est urgent d'entreprendre des recherches empiriques au sujet des effets de la recherche en santé sur les sujets humains, ainsi que de l'efficacité des procédures d'examen éthique.

Bref, il faut améliorer la gouvernance, la transparence et la responsabilité des processus d'examen éthique appliqués au Canada :

> *[...] nous avons été surpris de constater l'importance des écarts entre les idéaux exprimés dans la politique et les dispositions pratiques de responsabilité, d'efficacité et d'autres critères de bonne gestion*[281].

Le Comité convient avec les auteurs de nombreux rapports que la question centrale, pour le Canada, est de savoir qui est responsable envers le public de l'ensemble des processus mis en œuvre pour assurer le caractère éthique de la recherche effectuée sur des sujets humains. Nous reconnaissons l'excellent travail accompli dans différents milieux, partout au Canada, par des personnes dévouées qui se sont efforcées de veiller à ce que la recherche en santé effectuée sur des sujets humains satisfasse aux normes d'éthique les plus élevées. Nous sommes persuadés que les résultats obtenus au Canada sont aussi bons que partout ailleurs dans le monde. En fait, le rapport publié par la Commission du droit du Canada souligne :

Le Comité convient avec les auteurs de nombreux rapports que la question centrale, pour le Canada, est de savoir qui est responsable envers le public de l'ensemble des processus mis en œuvre pour assurer le caractère éthique de la recherche effectuée sur des sujets humains.

> *Nous avons également été très impressionnés par le calibre des experts appartenant à de nombreux CER, sur les plans de l'érudition, de l'éthique et du droit. D'une façon générale, les chercheurs canadiens ont acquis une réputation internationale en ce qui*

[281] Michael MacDonald, Commission du droit du Canada.

concerne les aspects juridiques et éthiques de la recherche effectuée sur des sujets humains[282].

Le Comité croit cependant que les structures et les approches variées qui caractérisent actuellement l'éthique de la recherche en santé sont incompatibles avec la responsabilité envers le public qu'exige un secteur de cette importance. Nous exhortons donc les différents grands intervenants de la recherche en santé sur des sujets humains à travailler ensemble pour élaborer un système de gouvernance pouvant atteindre les objectifs suivants : la promotion de la recherche présentant des avantages sociaux, la protection des chercheurs et le maintien de la confiance entre la communauté de la recherche et l'ensemble de la société[283]. Les intervenants suivants devraient participer à cette initiative : Santé Canada, les IRSC, les autres organismes subventionnaires fédéraux, le Panel d'experts et le Secrétariat en éthique de la recherche, les commanditaires du secteur privé, les instituts de recherche, les organisations et associations professionnelles de la santé, le CNERH, l'Association canadienne (nouvellement créée) des comités d'éthique de la recherche, etc. Par conséquent, le Comité recommande :

Nous exhortons donc les différents grands intervenants de la recherche en santé sur des sujets humains à travailler ensemble pour élaborer un système de gouvernance pouvant atteindre les objectifs suivants : la promotion de la recherche présentant des avantages sociaux, la protection des chercheurs et le maintien de la confiance entre la communauté de la recherche et l'ensemble de la société.

Que Santé Canada prenne l'initiative, en collaboration avec les intervenants, de l'élaboration d'un système commun de gouvernance de la recherche en santé effectuée sur des sujets humains s'appliquant à toute la recherche que le gouvernement fédéral exécute, finance et utilise dans ses activités de réglementation.

Que, dans l'élaboration de ce système de gouvernance de l'éthique, Santé Canada considère les éléments suivants comme essentiels au progrès :

- **travailler en premier sur toute la recherche (en santé) que le gouvernement fédéral exécute, finance ou utilise dans ses activités de réglementation, afin d'élaborer un système efficace et efficient de gouvernance qui sera adopté comme norme partout au Canada;**
- **accorder une grande importance, dans le système de gouvernance, à des mécanismes efficaces d'éducation et de formation, destinés à tous ceux qui s'occupent de recherche et d'éthique de la recherche**

[282] *Ibid.*, p. 300.

[283] Ces objectifs correspondent à ceux qui sont définis dans le rapport McDonald, cité dans la note précédente.

et dotés d'un processus d'agrément correspondant aux responsabilités des différents participants;

- **élaborer des normes, fondées sur l'*Énoncé de politique des trois Conseils*, les lignes directrices de la Conférence internationale d'harmonisation relatives aux essais cliniques sur des sujets humains et d'autres normes pertinentes canadiennes et étrangères, pouvant servir de base à l'autorisation ou à l'agrément des fonctions ou des comités d'éthique de la recherche à un niveau correspondant aux attentes des Canadiens et aux normes d'autres pays;**
- **veiller à l'actualisation de l'*Énoncé de politique des trois Conseils* et à son maintien à l'avant-garde des politiques internationales régissant l'éthique ou la recherche sur des sujets humains;**
- **faire disparaître les incohérences entre les différentes politiques qui régissent actuellement la recherche sur des sujets humains et faire concorder les normes canadiennes avec celles d'autres pays qui influent sur la recherche canadienne;**
- **établir un processus d'autorisation ou d'agrément des fonctions d'éthique de la recherche, qui soit indépendant du gouvernement, mais qui soit clairement tenu de lui rendre compte de son activité;**
- **élaborer le système de gouvernance dans le cadre de consultations de fond ouvertes et transparentes avec les intervenants.**

12.7.3 L'utilisation d'animaux dans la recherche

Les animaux étant biologiquement très semblables aux humains, ils sont utilisés dans la recherche pour acquérir de nouvelles connaissances biologiques ayant de fortes chances de s'appliquer aux humains. Toutefois, comme ils ne sont pas identiques à ceux-ci, toute nouvelle connaissance découlant de la recherche sur les animaux doit faire l'objet d'essais sur des humains avant d'être appliquée à la santé humaine.

Des préoccupations éthiques au sujet de l'utilisation des animaux, notamment dans la recherche, ont été exprimées depuis le XIX^{e} siècle, surtout en Angleterre. Au Canada, ces préoccupations ont amené le CRM et le CNRC à entreprendre des études qui ont abouti, en 1968, à la création du Conseil canadien de protection des animaux (CCPA). Aujourd'hui, le CCPA reçoit 87 % de son budget de 1,2 million de dollars des IRSC et du CRSNG, ce qui lui permet d'offrir ses services aux établissements de recherche qu'ils financent. Le CCPA tire le reste de ses revenus des honoraires qu'il facture aux établissements gouvernementaux et privés.

Le CCPA délivre le Certificat de bonnes pratiques animales® aux établissements qu'il juge conformes à ses normes. La conformité est déterminée par des équipes d'évaluation

qui effectuent des visites sur place. Les IRSC et le CRSNG imposent à tous ceux qui souhaitent recevoir des fonds de recherche de participer au programme du CCPA et informent les bénéficiaires qu'ils cesseront de recevoir ces fonds si le CCPA les déclare non conformes à ses normes. Le CCPA signale que les établissements respectent en général ses recommandations[284].

Dans son mémoire au Comité, la Coalition pour la recherche biomédicale et en santé (CRBS) affirme que les normes du CCPA sont reconnues aussi bien au Canada qu'à l'échelle internationale :

> *La CRBS estime que les recherches faisant appel à des animaux qui sont conformes aux lignes directrices et aux politiques du CCPA sont des activités éthiques et responsables.*
>
> *En reconnaissant les normes du CCPA, qui sont acceptées à l'échelle nationale et internationale, le gouvernement fédéral sera en mesure d'établir l'équilibre nécessaire entre la protection des animaux et les bienfaits découlant de leur utilisation à des fins scientifiques*[285].

La structure formelle du CCPA et son programme de surveillance constituent, pour beaucoup d'observateurs au Canada et à l'étranger, un modèle optimal qui permet au Conseil de travailler efficacement en toute indépendance du gouvernement, mais en collaboration avec lui[286]. De plus, un rapport récent envisage même l'utilisation d'un modèle du même genre dans la recherche sur des sujets humains. Par exemple :

> *Il y a au Canada un modèle intéressant que nous devrions, je crois, considérer sérieusement dans notre recherche d'un processus d'approbation de la recherche sur des sujets humains. C'est celui du Conseil canadien de protection des animaux. [...] il a aujourd'hui une crédibilité remarquable et une réputation internationale. [...] Il s'agit d'un modèle très intéressant presque exclusivement canadien. Il bénéficie de subventions fédérales tout en fonctionnant d'une manière indépendante, définissant des normes et établissant un processus très respecté d'approbation de la recherche sur les animaux*[287].

Le Comité reconnaît que le CCPA fournit des services de calibre mondial aux Canadiens d'une façon très économique.

Le Comité reconnaît que le CCPA fournit des services de calibre mondial aux Canadiens d'une façon efficace et économique. Quoiqu'un certain nombre de Canadiens ne voudront pas en convenir – notamment ceux qui s'opposent à toute utilisation des animaux dans la recherche, le Comité croit que le CCPA a clairement prouvé qu'il est possible de gérer efficacement un secteur très délicat qui nécessite une attention de tous les instants en adoptant une approche fondée sur :

---

[284] Louis-Nicolas Fortin et Thérèse Leroux, « Éléments de réflexion sur la surveillance du contrôle éthique de la recherche », dans *Communiqué CNBRH*, été 1997.

[285] Coalition pour la recherche biomédicale et en santé, mémoire présenté au Comité, p. 7.

[286] Sous-comité de l'éthique, *Mandat d'éthique d'IRSC : Mise en place d'une vision transformatrice*, document de travail établi à l'intention du conseil d'administration provisoire des IRSC, 10 novembre 1999, p. 18-19.

[287] Dr Henry Dinsdale, discours prononcé à la Conférence nationale du CNERH, mars 2001, p. 5.

- la conviction, jusqu'à preuve du contraire, que les établissements et les particuliers s'efforcent de travailler d'une manière qui reflète les valeurs des Canadiens;
- le renforcement de la sensibilisation et de la formation des personnes aux dossiers et aux normes;
- des méthodes d'évaluation qui sont basées sur des normes reconnues à l'échelle internationale, qui mènent à l'agrément des installations et des processus, font intervenir des experts et des profanes et sont appliquées d'une manière collégiale en l'absence de preuves d'écarts de conduite et d'omission de prendre les mesures correctives nécessaires.

Sans préconiser une simple transposition des mécanismes du CCPA dans la gestion, certes difficile, de la recherche sur des sujets humains, le Comité croit qu'il y a beaucoup d'enseignements à tirer de l'expérience du CCPA. Il estime cependant qu'il existe des lacunes dans l'interaction entre le CCPA et le gouvernement fédéral. Même si de nombreux ministères et organismes fédéraux ont adopté le programme d'évaluation du CCPA pour la recherche sur les animaux effectuée dans leurs propres installations et même si les IRSC et le CRSNG imposent le respect des normes du CCPA comme condition préalable à l'attribution de fonds de recherche, nous croyons que cela ne suffit pas. Par conséquent, le Comité recommande :

Que tous les ministères et organismes fédéraux imposent le respect des normes du Conseil canadien de protection des animaux dans :

- **toute la recherche effectuée dans des installations fédérales;**
- **toute la recherche financée par des ministères et organismes fédéraux, mais effectuée en dehors des installations fédérales;**
- **toute la recherche effectuée sans financement fédéral en dehors des installations fédérales, mais dont les résultats sont présentés au gouvernement fédéral ou sont utilisés par lui dans l'exercice de fonctions prévues par voie législative.**

12.7.4 La confidentialité des renseignements médicaux personnels

Le droit à la vie privée et à la protection des renseignements médicaux personnels est très précieux pour les Canadiens.

Tous les renseignements personnels sont importants, mais pour la plupart des gens les renseignements médicaux sont probablement les plus délicats. Les renseignements sur la santé revêtent un caractère très intime, non seulement parce qu'ils touchent directement la personne en cause, mais aussi parce qu'ils ont des effets sur les membres de la famille et d'autres, ainsi que sur différents aspects de la vie d'une personne, comme son emploi ou son assurabilité.

Le droit à la vie privée et à la protection des renseignements médicaux personnels est très précieux pour les Canadiens. Plus que jamais auparavant, ceux-ci ont aujourd'hui besoin de l'assurance que leur vie privée et leurs renseignements personnels seront respectés en cette ère de progrès technologiques rapides. En même temps, l'état de santé et la qualité des soins ont aussi une très grande valeur pour eux. Les fournisseurs de services de santé, les gestionnaires des soins de santé et les chercheurs en santé doivent avoir accès aux renseignements médicaux personnels pour améliorer la santé des Canadiens, renforcer les services et maintenir la qualité du système de soins. Pour les Canadiens, le défi actuel est de trouver un juste milieu entre leur droit à la vie privée et les besoins d'accès à l'information (des fournisseurs de services de santé, des gestionnaires des soins et des chercheurs).

La *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques* (LPRPDE), promulguée en juin 2000, a suscité un débat animé et un important examen de cette question ces deux dernières années. Le secteur de la santé ne s'est rendu compte des effets possibles de cette mesure législative sur la recherche en santé et la gestion des soins qu'assez tard dans le processus d'examen du projet de loi à la Chambre des communes. Des représentants de différentes parties du secteur de la santé sont donc intervenus énergiquement au cours des audiences tenues par le Comité fin 1999. Leur témoignage a clairement démontré, d'une part, que le secteur de la santé ne participait pas au large consensus qui s'était formé en faveur du projet de loi et, de l'autre, que les diverses entités du secteur de la santé ne s'entendaient pas entre elles sur une solution aux problèmes de confidentialité de l'information médicale que soulevait la mesure législative. En conséquence, le Comité a conclu que beaucoup d'incertitude entourait l'application de la LPRPDE aux renseignements médicaux personnels et que des éclaircissements étaient donc nécessaires. En réponse à la recommandation du Comité[288], le gouvernement fédéral a décidé de reporter jusqu'au 1er janvier 2002 l'application de la Loi aux renseignements médicaux personnels. Cette période d'un an après la proclamation de la LPRPDE devait permettre au gouvernement et aux intervenants en cause du secteur de la santé de régler les points d'incertitude et de proposer une solution assurant la protection des renseignements médicaux personnels.

Le Comité est heureux de constater que plusieurs groupes du secteur de la santé se sont sérieusement occupés de beaucoup des préoccupations soulevées par la LPRPDE, et notamment la nécessité de protéger les renseignements médicaux personnels tout en en permettant une utilisation limitée à des fins essentielles, telles que la recherche en santé et la gestion des soins (qui comprend la prestation, la gestion, l'évaluation et l'assurance de la qualité des services de santé).

Au cours des deux dernières années, les IRSC ont procédé à une vaste analyse de cette question et ont lancé un important processus de consultation avec différents intervenants, qui a abouti à des recommandations sur l'interprétation et l'application de la LPRPDE à la recherche en santé[289].

---

[288] Deuxième rapport du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 36e législature, 2e session, 6 décembre 1999.

[289] IRSC, *Recommandations pour l'interprétation et l'application de la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques dans le contexte de la recherche en santé*, 30 novembre 2001. Le règlement proposé par les IRSC peut être consulté à http://www.cihr.ca/about_cihr/ethics/recommendations_f.pdf.

Les recommandations des IRSC présentent, sous forme d'un projet de règlement établi en vertu de la LPRPDE, des dispositions exprimées dans un langage juridique précis, qui, sans modifier la Loi, en faciliteraient l'interprétation et l'application dans le domaine la recherche en santé. Les IRSC ont présenté ces recommandations au Comité comme solution réaliste à court terme fondée sur l'hypothèse que la LPRPDE ne serait vraisemblablement pas modifiée avant le 1er janvier 2002. Les IRSC ont souligné que leur projet de règlement, quoique sensiblement limité par le libellé actuel de la LPRPDE, peut néanmoins servir de guide utile pour aider à clarifier certains termes ambigus d'une manière qui permettrait d'atteindre les objectifs de la Loi sans pour autant entraver des recherches d'une importance vitale. Les IRSC sont également d'avis que le règlement, comme instrument exécutoire, est nécessaire pour permettre aux chercheurs et à l'ensemble des Canadiens de comprendre ce que la loi attend d'eux et de choisir en conséquence leur ligne de conduite. De plus, il pourrait servir de base aux mesures législatives sensiblement équivalentes que les provinces et les territoires pourraient élaborer avant le 1er janvier 2004, comme le prévoit la LPRPDE[290].

Enfin, les IRSC reconnaissent que d'autres travaux doivent être réalisés de concert avec différents intervenants et les provinces pour établir un cadre juridique ou stratégique d'ensemble plus cohérent, plus complet et mieux harmonisé pour le secteur de la santé. En définitive, la loi ou la politique qui régira ce domaine doit admettre une certaine souplesse et un certain réalisme dans son interprétation et son application. De plus, les utilisateurs devront élaborer des lignes directrices plus détaillées pour favoriser l'adoption des meilleures pratiques d'information dans leur travail quotidien.

Le Comité a examiné le projet de règlement proposé par les IRSC, qu'il tient à féliciter de leurs efforts dans ce domaine. Nous appuyons pleinement l'intention de ce document. Comme nous l'avons mentionné dans notre quatorzième rapport daté du 14 décembre 2001[291], le Comité croit que ce texte devrait faire l'objet d'une étude sérieuse. Par conséquent, il recommande :

> **Que des règlements comme celui que proposent les Instituts de recherche en santé du Canada fassent l'objet de l'étude la plus complète et la plus équitable possible dans le cadre des discussions qui se tiendront sur les moyens de clarifier et de préciser la loi, afin d'en atteindre les objectifs sans entraver d'importantes recherches destinées à améliorer la santé des Canadiens et à leur assurer de meilleurs services de santé.**

Une deuxième initiative parallèle a été entreprise par un Groupe de travail sur la protection de la vie privée composé de représentants de l'Association dentaire canadienne, l'Association canadienne des soins de santé, l'Association médicale canadienne, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, l'Association des pharmaciens du Canada et l'Association des consommateurs du Canada. Le groupe de travail s'est occupé des besoins d'accès aux

---

[290] C'est un fait que la Loi donne aux provinces et aux territoires jusqu'au 1er janvier 2004 pour élaborer des mesures législatives sensiblement équivalentes.

[291] Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Quatorzième rapport*, 37e législature, 1re session, 14 décembre 2001.

renseignements médicaux personnels à des fins de gestion des soins de santé. Dans un rapport présenté à Santé Canada, il énonce les principes suivants[292] :

- Le caractère confidentiel de l'information, dans le domaine de la prestation des soins de santé, revêt une grande importance pour les Canadiens. La crainte que des renseignements médicaux personnels soient divulgués à d'autres peut nuire à la confiance qui est essentielle dans les relations entre patients et fournisseurs et amener donc les patients à hésiter à obtenir des soins ou à donner des renseignements que les fournisseurs ont besoin de connaître pour administrer un traitement approprié.

- Même si le droit individuel à la protection des renseignements médicaux personnels est d'une grande importance, il n'est pas absolu. Ce droit doit s'exercer dans des limites raisonnables, prescrites par la loi, de façon à réaliser l'équilibre entre le droit à la vie privée et les besoins sociaux dont la justification peut se démontrer dans le cadre d'une société libre et démocratique.

- Toute personne a droit à la protection de ses renseignements médicaux personnels, peut décider des conditions dans lesquelles ces renseignements sont recueillis, utilisés ou divulgués, a le droit de connaître l'existence de ses dossiers médicaux, d'y avoir accès et d'en vérifier l'exactitude, et doit avoir des recours quand elle soupçonne une violation de sa vie privée.

- En contrepartie, les fournisseurs et les organisations de soins de santé ont l'obligation de considérer les renseignements médicaux personnels comme confidentiels; de prendre des mesures de sécurité adéquates pour préserver la vie privée et la confidentialité des renseignements personnels; de n'utiliser des renseignements identifiables qu'avec le consentement de la personne en cause, sauf si la loi impose le contraire ou, dans des conditions strictes, s'il existe des preuves concluantes que le bien public l'exige; de limiter la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements médicaux personnels à l'information non identifiable, sauf s'il est possible de démontrer la nécessité de renseignements identifiables; et de mettre en œuvre les politiques, procédures et pratiques nécessaires pour assurer la protection des renseignements personnels.

Lorsque le Comité s'est réuni en décembre 2001 pour examiner les progrès réalisés au sujet de l'application de la LPRPDE aux soins de santé, il a appris qu'en dépit du fait que les membres du Groupe de travail sur la protection de la vie privée s'entendaient sur de nombreuses questions, ils n'étaient pas encore parvenus à une position finale commune. Le Groupe de travail était d'avis que la formation d'un consensus nécessiterait la participation active et le leadership du gouvernement fédéral. Pour sa part, le gouvernement fédéral estimait que les préoccupations des membres du Groupe de travail devaient être réglées entre eux-mêmes et le commissaire à la protection de la vie privée.

---

[292] Groupe de travail sur la protection de la vie privée, *Principes de protection des renseignements personnels en matière de santé au Canada*, rapport présenté à Santé Canada, décembre 2000.

Le Comité croit que d'autres conseils et lignes directrices sont nécessaires pour guider la prestation, la gestion, l'évaluation et l'assurance de la qualité des services de santé. À cette fin, *toutes* les parties en cause doivent participer à un effort collectif constructif pour résoudre les problèmes qui se posent, et le gouvernement devrait donner l'exemple. Comme il l'a mentionné dans son quatorzième rapport, le Comité recommande :

> **Que des discussions se poursuivent entre les intervenants, le commissaire à la protection de la vie privée *et* les ministères fédéraux et provinciaux qui s'occupent de la prestation, de la gestion, de l'évaluation et de l'assurance de la qualité des services de santé.**

> ***le Comité croit que les Canadiens doivent procéder à un examen soigneux et réfléchi des raisons pour lesquelles l'accès à des renseignements personnels est nécessaire aux fins de la recherche en santé et de la gestion des soins, des avantages sociaux dont profitent les Canadiens en conséquence, à titre individuel et collectif, et des conditions auxquelles il faut satisfaire pour obtenir cet accès.***

Comme beaucoup d'autres Canadiens, les membres du Comité accordent une très grande importance à la protection des renseignements médicaux personnels. Ils reconnaissent en même temps l'étendue du risque couru si l'accès à ces renseignements est sommairement refusé par suite de menaces perçues pour la vie privée et la confidentialité des renseignements personnels. Au lieu d'accorder une valeur absolue au droit à la vie privée, le Comité croit que les Canadiens doivent procéder à un examen soigneux et réfléchi des raisons pour lesquelles l'accès à des renseignements personnels est nécessaire aux fins de la recherche en santé et de la gestion des soins, des avantages sociaux dont profitent les Canadiens en conséquence, à titre individuel et collectif, et des conditions auxquelles il faut satisfaire pour obtenir cet accès. Par suite de ses responsabilités de longue date dans le financement des soins et de la recherche en santé, le gouvernement fédéral devrait jouer un rôle de premier plan pour sensibiliser le public et favoriser un débat élargi sur ces questions.

Le projet d'*Études de cas sur l'utilisation secondaire des renseignements personnels dans la recherche en santé* (décembre 2001) des IRSC constitue un excellent modèle pour encourager la discussion et favoriser une meilleure compréhension grâce à des exemples très concrets de projets réels de recherche en santé faisant une utilisation secondaire de renseignements personnels. Des efforts parallèles déployés par d'autres pour présenter des études de cas semblables illustrant pourquoi et comment des renseignements personnels sont utilisés à des fins de gestion des soins de santé seraient extrêmement précieux. Compte tenu de ce qui précède, le Comité recommande :

> **Que le gouvernement fédéral, par l'entremise des Instituts de recherche en santé du Canada et de Santé Canada et de concert avec d'autres intervenants intéressés, élabore et mette en œuvre un programme de sensibilisation du public destiné à assurer une meilleure compréhension :**

- **de la nature et de la raison d'être des grandes bases de données contenant des renseignements médicaux personnels, qui doivent être tenues pour assurer le fonctionnement d'un système public de soins de santé;**
- **du besoin essentiel de faire une utilisation secondaire de telles bases de données aux fins de la recherche en santé et de la gestion des soins.**

Cela étant dit, le Comité croit que si les Canadiens autorisaient une utilisation limitée des renseignements médicaux personnels dans des fonctions essentielles, comme la recherche en santé et la gestion des soins, il serait impératif de protéger adéquatement ces renseignements. Nous tenons à insister sur l'importance de veiller, en même temps, à ce que les Canadiens soient persuadés du respect du caractère privé de leurs renseignements médicaux personnels. Une fois de plus, nous considérons que le gouvernement fédéral a un grand rôle à jouer à cet égard pour susciter une pleine discussion des questions éthiques qui se posent et une étude des mécanismes de contrôle et d'examen nécessaires pour s'assurer que l'utilisation secondaire de renseignements personnels aux fins de la recherche en santé et de la gestion des soins se fait d'une manière ouverte, transparente et responsable. Par conséquent, le Comité recommande :

Que le gouvernement fédéral, par l'entremise des Instituts de recherche en santé du Canada et de Santé Canada et de concert avec d'autres intervenants intéressés, se charge de favoriser :

- **une discussion et un examen réfléchis des questions éthiques, concernant notamment le consentement éclairé, que pose l'utilisation secondaire des renseignements médicaux personnels aux fins de la recherche en santé et de la gestion des soins;**
- **une étude approfondie des mécanismes de contrôle et d'examen nécessaires pour s'assurer que les bases de données contenant des renseignements médicaux personnels sont efficacement créées, tenues et protégées et que leur utilisation aux fins de la recherche en santé et de la gestion des soins est faite d'une manière ouverte, transparente et responsable.**

12.7.5 La confidentialité de l'information génétique

Nous avons examiné, dans la section précédente, le caractère confidentiel des renseignements médicaux personnels tirés de bases de données faisant partie du système actuel de soins de santé. Le Comité reconnaît que les nouvelles technologies d'analyse des gènes introduisent de nouveaux aspects dans la gestion des renseignements médicaux personnels. La capacité en pleine expansion d'établir des liens entre des séquences d'ADN et certaines maladies promet d'améliorer considérablement les soins qu'il sera possible de donner, mais augmente les

possibilités d'atteinte à la vie privée de l'individu et de ses proches. De plus, les technologies permettent de prédire des maladies dont les symptômes ne sont pas encore évidents. Toutefois, la majorité de ces prédictions représentent surtout une probabilité accrue d'incidence de la maladie, le test étant souvent de nature plus statistique (révélant, par exemple, deux ou trois fois plus de chances de contracter la maladie par rapport à l'ensemble de la population) qu'absolue (comme dans le cas de la maladie de Huntington).

L'application des nouvelles techniques génétiques à la santé humaine en est encore à ses premiers balbutiements, mais certains de leurs avantages et inconvénients possibles sont déjà évidents. On peut craindre, par exemple, que l'accès à l'information génétique d'une personne ne puisse influer sur ses chances d'obtenir un emploi ou de l'assurance.

Le Comité a été heureux d'apprendre que des discussions interministérielles portant sur une vaste gamme de sujets sont en cours au sein du gouvernement fédéral. Il encourage la poursuite de ces discussions en vue d'aboutir à des conseils et des lignes directrices sur les moyens de régler ces questions complexes au mieux des intérêts des Canadiens.

Le Comité a été heureux d'apprendre que des discussions interministérielles portant sur une vaste gamme de sujets sont en cours au sein du gouvernement fédéral. Il encourage la poursuite de ces discussions en vue d'aboutir à des conseils et des lignes directrices sur les moyens de régler ces questions complexes au mieux des intérêts des Canadiens.

12.7.6 Les situations possibles de conflit d'intérêts

Dans le domaine de la santé humaine, les progrès réalisés dépendent souvent de la participation de chercheurs du monde universitaire, du gouvernement et du secteur privé. Les limites entre ces groupes s'estompent de plus en plus, tandis qu'augmentent la confiance mutuelle et la collaboration entre eux. Par exemple :

- En grande majorité, la recherche en santé dont les résultats sont publiés au Canada est l'œuvre de chercheurs d'établissements universitaires qui obtiennent du financement du gouvernement, de sources philanthropiques et du secteur privé.
- Les chercheurs du milieu universitaire sont, de plus en plus souvent, animés de l'esprit d'entreprise. Ils fondent souvent de nouvelles sociétés qui assurent une croissance économique rapide dans la révolution biologique.
- Les sociétés privées tirent de la recherche universitaire beaucoup de leurs idées commerciales, y compris de nouvelles interventions en santé. Elles commencent à créer des centres de recherche en milieu universitaire en contrepartie d'un droit de premier refus sur la propriété intellectuelle des résultats obtenus.
- Le gouvernement réglemente les interventions en santé, tout en contribuant à la création de nouvelles connaissances grâce à ses recherches internes. Les règlements dépendent de recherches effectuées par le secteur privé, souvent

dans des établissements universitaires, qui sont évaluées par les scientifiques du gouvernement, parfois avec l'aide et les conseils de scientifiques du milieu universitaire.

Les possibilités de conflit d'intérêts sont évidentes. On peut craindre en outre que le souci de protéger la propriété intellectuelle et les intérêts commerciaux dans le secteur privé ne nuise à l'exécution ou à la publication de la recherche effectuée dans des établissements publics ou à l'aide de fonds publics. Les médias ont à juste titre concentré leur attention sur des cas où ces craintes s'étaient concrétisées.

Le Comité reconnaît que la recherche industrielle est un élément essentiel de la recherche en santé et des soins de santé. En fait, notre capacité croissante de favoriser la santé et de prévenir, diagnostiquer ou traiter les maladies est, pour une grande part, attribuable au secteur privé. De plus, malgré un certain nombre de cas de conflit d'intérêts qui ont fait les manchettes, le Comité est d'avis que la majorité des travaux du secteur privé reflètent des normes élevées d'éthique et répondent pleinement aux attentes des Canadiens à cet égard. Il n'y a pas de doute d'ailleurs que les entreprises ne peuvent pas espérer survivre dans le monde actuel en faisant fi des aspirations de la société.

le Comité est d'avis que la majorité des travaux du secteur privé reflètent des normes élevées d'éthique et répondent pleinement aux attentes des Canadiens à cet égard. Il n'y a pas de doute d'ailleurs que les entreprises ne peuvent pas espérer survivre dans le monde actuel en faisant fi des aspirations de la société.

Le Comité comprend cependant que le rôle de plus en plus important assumé par le secteur privé dans la recherche canadienne en santé, surtout sur le plan des essais cliniques, suscite des préoccupations. Cela ressort d'un récent éditorial de l'International Committee of Medical Journal Editors, qui exposait les règles de base à observer pour éviter les conflits d'intérêts dans les publications[293]. Il est nécessaire, en particulier, de trouver un équilibre approprié entre la recherche clinique effectuée en milieu universitaire, la possibilité de comparer différents traitements de la même maladie, l'importance accordée dans la recherche aux maladies assurant les bénéfices les plus importants (par exemple les maladies des pays riches, par opposition à celles des pays pauvres), la publication de résultats négatifs (nécessité d'établir un registre de tous les essais cliniques) et d'autres domaines connexes.

Le Comité se réjouit du travail accompli par les IRSC en vue de resserrer la collaboration entre le monde universitaire et le secteur privé dans le domaine de la recherche en santé grâce au Programme Université-industrie et au Programme Rx&D[294]. Nous comprenons qu'il est important d'encourager les partenariats des IRSC avec l'industrie. Nous nous rendons compte en même temps qu'il faut déterminer s'il convient d'établir des lignes directrices explicites, qui contribueraient à l'examen des aspects des relations des IRSC avec l'industrie pouvant poser des problèmes d'éthique. Par conséquent, le Comité recommande :

Que les Instituts de recherche en santé du Canada, en partenariat avec le secteur privé et d'autres intervenants,

---

[293] Voir *Journal de l'Association médicale canadienne*, 18 septembre 2001, vol. 165, p. 786-788.

[294] Partenariat entre les IRSC et les sociétés pharmaceutiques canadiennes axées sur la recherche.

continuent d'étudier les aspects éthiques des relations entre les secteurs afin de veiller à ce que la collaboration et les partenariats jouent dans l'intérêt de tous les Canadiens.

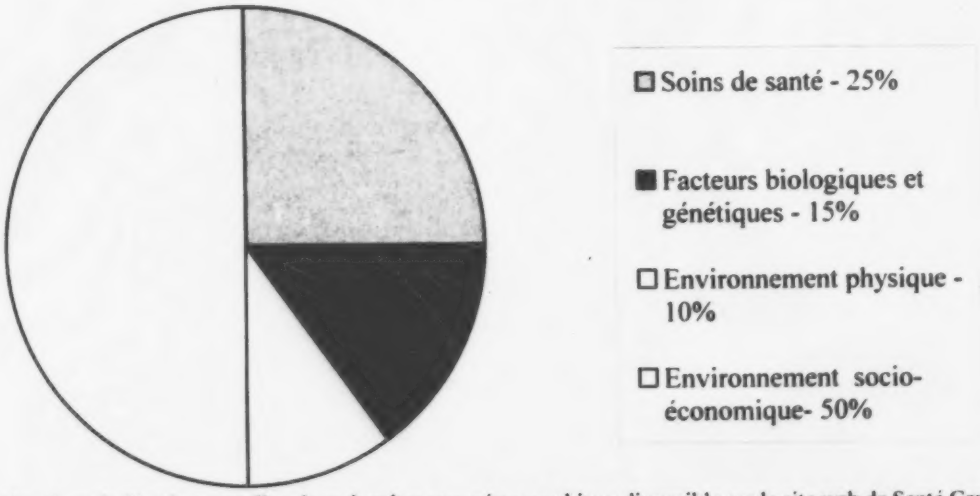
Partie VI : Promotion de la santé et prévention de la maladie

CHAPITRE TREIZE

UNE POLITIQUE PUBLIQUE « PRO-SANTÉ » – LA SANTÉ AU-DELÀ DES SOINS DE SANTÉ

Comme l'a souligné le Comité dans le volume un de son étude, il est clair que le système de soins de santé joue un rôle important dans la santé des Canadiens. Des services aussi divers que la vaccination des enfants, les médicaments pour soigner l'hypertension artérielle ou l'asthme de même que la chirurgie cardiaque sont autant d'éléments qui contribuent à la santé et au mieux-être de la population. En fait, selon les estimations de l'Institut canadien de recherches avancées, la santé de la population repose dans une proportion de 25 % sur les soins de santé (graphique 13.1)[295]. De toute évidence, il est important que le secteur de la santé soit financièrement viable et cherche continuellement à offrir des services de haute qualité en temps opportun. Bon nombre des recommandations formulées par le Comité dans le présent rapport sont destinées précisément à réaliser la viabilité, l'opportunité, la qualité et l'efficience de la prestation des soins de santé, et ce, dans le but d'améliorer la santé et le mieux-être des Canadiens.

GRAPHIQUE 13.1
ESTIMATION DE L'INCIDENCE DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ SUR L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION



Source : Estimations de l'Institut canadien de recherches avancées: graphique disponible sur le site web de Santé Canada

[295] Volume un, p. 88.

Par ailleurs, la santé des Canadiens est déterminée dans une proportion de 75 % par une multiplicité de facteurs indépendants du système de soins de santé. Parmi ces facteurs, qu'on appelle souvent les « déterminants non médicaux de la santé », on trouve le patrimoine biologique et génétique, le revenu et le soutien social, le niveau d'instruction et l'alphabétisation, l'emploi et les conditions de travail, l'environnement physique, l'hygiène, les habitudes de vie et les compétences d'adaptation personnelles, le développement de la petite enfance, le sexe et la culture.

Tout au long de son étude, le Comité s'est fait dire à maintes reprises que, pour maintenir et améliorer la santé des Canadiens, les gouvernements doivent, en plus de maintenir un bon système de soins de santé, élaborer des politiques et des programmes publics qui touchent également les déterminants non médicaux de la santé. Ces politiques et ces programmes englobent un vaste éventail d'activités liées entre elles, allant de la promotion de la santé et du mieux-être à l'adoption de stratégies plus larges relatives à la santé de la population, en passant par la prévention de la maladie et des blessures et la protection de la santé. Tous ces éléments font partie intégrante d'une politique publique « pro-santé ».

- **Promotion de la santé et du mieux-être** – Ces activités visent à encourager les Canadiens à jouer un rôle plus actif dans l'amélioration de leur santé, notamment en faisant de l'exercice, en ayant une alimentation saine et en faisant des choix de vie sains.

- **Prévention de la maladie et des blessures** – Il s'agit d'activités destinées à réduire la probabilité que les personnes, les familles et les collectivités contractent des maladies particulières ou subissent des blessures. Les activités de prévention ont pour but de réduire les effets non désirés sur la santé en atténuant ou éliminant les facteurs de risque connexes. La vaccination, le dépistage précoce de la maladie, grâce à des programmes de dépistage, et la réduction de l'exposition à des activités potentiellement préjudiciables (utilisation de la ceinture de sécurité en voiture, pose de clôtures autour des piscines, amélioration de la sécurité des routes, etc.) sont autant de mesures de prévention de la maladie et des blessures.

- **Santé publique et protection de la santé** – Les activités dans ce domaine visent à protéger la santé des Canadiens contre les menaces connues et nouvelles. Il s'agit, par exemple, de la surveillance et de la lutte contre les flambées de cas de maladies et les tendances de la maladie (maladies infectieuses et chroniques), la surveillance de la sûreté et de l'efficacité de divers produits (notamment les aliments, les médicaments et les appareils médicaux) ainsi que l'évaluation de l'hygiène du milieu.

- **Stratégies relatives à la santé de la population** – On trouve dans cette catégorie un large éventail de politiques et de programmes gouvernementaux qui peuvent influer sur la redistribution du revenu, l'accès à l'éducation, le logement, la qualité de l'eau, la sécurité au travail, etc., autant de déterminants importants de la santé de la population.

- **Politique publique « pro-santé »** – Il s'agit d'un concept qui englobe la promotion de la santé et du mieux-être, la prévention de la maladie et des

> blessures, la santé publique et la protection de la santé ainsi que l'amélioration de la santé de la population. Une politique publique pro-santé exige que le gouvernement évalue les répercussions sur la santé des Canadiens de chaque mesure, politique ou programme d'importance. Une politique publique pro-santé nécessite une démarche intersectorielle, c'est-à-dire une démarche mobilisant les divers secteurs qui sont responsables des déterminants de la santé ou qui ont une incidence sur eux.

De plus en plus, les recherches montrent qu'on peut améliorer grandement la santé d'une population en consacrant davantage de ressources humaines et financières à la promotion de la santé, à la prévention de la maladie et à la protection et l'amélioration de la santé. En bout de ligne, cela peut réduire la demande de services de santé ainsi que les pressions exercées sur le système public de soins de santé.

On a toutefois dit au Comité – et il en est d'ailleurs conscient - que les activités liées à la promotion, à la prévention, à la protection et à l'amélioration de la santé de la population sont loin d'égaler les soins de santé en popularité et en visibilité chez le public canadien et, manifestement aussi, chez les décideurs. S'il est clair que, collectivement, les déterminants non médicaux de la santé ont une incidence bien plus grande sur la santé de la population que les soins de santé, il n'en demeure pas moins que les résultats très positifs des activités de promotion, de prévention, de protection et d'amélioration de la santé de la population ne sont généralement perceptibles qu'à long terme, ce qui explique qu'on en parle moins dans les médias. Et comme ils sont peu susceptibles d'attirer l'attention du public, ils sont moins intéressants du point de vue politique.

Le Comité est d'avis que l'on peut retirer d'énormes avantages de la promotion de la santé et du mieux-être, de la prévention de la maladie et des blessures, de la santé publique, de la protection de la santé et des stratégies touchant la santé de la population, principalement pour ce qui est d'améliorer la santé des Canadiens, mais aussi pour ce qui est des répercussions financières positives à long terme de ces activités sur le système de santé public.

Le Comité est d'avis que l'on peut retirer d'énormes avantages de la promotion de la santé et du mieux-être, de la prévention de la maladie et des blessures, de la santé publique, de la protection de la santé et des stratégies touchant la santé de la population, principalement pour ce qui est d'améliorer la santé des Canadiens, mais aussi pour ce qui est des répercussions financières positives à long terme de ces activités sur le système de santé public.

Le gouvernement de Terre-Neuve et du Labrador a récemment élaboré une vision axée sur le mieux-être dans son plan stratégique quinquennal en matière de santé. Le premier objectif en est l'élaboration d'une stratégie relative au bien-être qui repose sur la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des blessures, la protection de la santé et le développement de la petite enfance[206]. Le Comité applaudit à cette initiative.

---

[206] Ministre de la Santé et des Services communautaires, *Healthier Together: A Strategic Health Plan for Newfoundland and Labrador*, septembre 2002 (www.gov.nf.ca/health/strategichealthplan).

Le Comité se rallie d'emblée à l'opinion des nombreux témoins qui jugent essentiel d'augmenter le financement dans ces domaines pour que le Canada puisse se doter de politiques publiques visant à améliorer la santé et le mieux-être de la population plutôt qu'à uniquement soigner les gens quand ils sont malades. De plus, le Comité croit que le gouvernement fédéral peut et doit faire œuvre de chef de file dans ce domaine.

Dans le présent chapitre, le Comité énonce ses constatations et ses recommandations sur le rôle du gouvernement fédéral dans la promotion de politiques publiques pro-santé. La section 13.1 fournit de l'information sur les tendances de la maladie et des blessures au Canada. La section 13.2 présente des données sur le fardeau économique de la maladie et des blessures. Dans la section 13.3, il est question de la nécessité d'une stratégie nationale de prévention des maladies chroniques. La section 13.4 étudie les préoccupations soulevées relativement à la santé publique, à la protection de la santé et à la promotion de la santé et du bien-être. Dans la section 13.5, nous analysons le cadre plus large des déterminants de la santé et évoquons les avantages de l'adoption d'une politique publique pro-santé au Canada.

13.1 Tendances de la maladie[297]

Au cours du XX[e] siècle, l'application de nouvelles connaissances et de nouvelles technologies dans deux grands secteurs - la santé publique (plus particulièrement la disponibilité d'eau propre et les techniques sanitaires) et les soins de santé – a grandement modifié les tendances de la maladie. Les causes de mortalité se sont déplacées des maladies infectieuses aiguës aux maladies non transmissibles (chroniques) (voir le tableau 13.1).

Les maladies chroniques telles que le cancer et les maladies cardiovasculaires sont aujourd'hui les deux principales causes de décès et d'invalidité au Canada, les blessures accidentelles constituant la troisième. Cependant, certaines maladies infectieuses qu'on croyait vaincues, comme la tuberculose, refont surface parce que les agents infectieux qui les causent développent une résistance aux antibiotiques. Le transport international rapide des aliments et des personnes contribue également à augmenter les risques de propagation des maladies infectieuses.

[297] La plupart des informations présentées dans cette section se trouvent au volume deux, chapitre quatre, « Tendances de la maladie », p. 47 à 57.

TABLEAU 13.1
PRINCIPALES CAUSES DE MORTALITÉ (NORMALISÉES SELON L'ÂGE)
(TAUX POUR 100 000 PERSONNES)

1921-1925	
Maladies cardiovasculaires et rénales	221,9
Grippe, bronchite et pneumonie	141,1
Maladies de la petite enfance	111,0
Tuberculose	85,1
Cancer	75,9
Gastrite, duodénite, entérite et colite	72,2
Accidents	51,5
Maladies transmissibles	47,1
Ensemble des causes	**1 030,0**
1996-1997	
Maladies cardiovasculaires (maladies du cœur et ACV)	240,2
Cancer	184,8
Maladies pulmonaires obstructives chroniques	28,4
Blessures non intentionnelles	27,7
Pneumonie et grippe	22,1
Diabète sucré	16,7
Affections héréditaires et dégénératives du système nerveux central	14,7
Maladies des artères, des artérioles et des capillaires	14,3
Ensemble des causes	**654,4**

Source : Susan Crompton, « Cent ans de santé », *Tendances sociales canadiennes*, Statistique Canada, publication nº 11—008 au catalogue, nº 59, hiver 2000.

13.1.1 Maladies infectieuses

Au début des années 20, les maladies du cœur et du rein étaient les principales causes de décès. Venaient ensuite la grippe, la bronchite et la pneumonie, suivies par les maladies de la petite enfance. La tuberculose a fauché plus de vies que le cancer. Les maladies intestinales, comme la gastrite, l'entérite et la colite, ainsi que les maladies transmissibles telles que la diphtérie, la rougeole, la coqueluche et la scarlatine étaient aussi des causes de mortalité courantes.

Les programmes de santé publique et l'utilisation massive de vaccins et d'antibiotiques ont entraîné un bouleversement important des tendances de la maladie : les maladies chroniques ont gagné du terrain au détriment des maladies infectieuses. Toutefois, de nombreuses maladies infectieuses persistent. Le Dr Paul Gully, directeur général du Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses de Santé Canada, a dit au Comité que, depuis

1980 au Canada, le taux de décès attribuables aux maladies infectieuses a augmenté[298]. Il relève sept tendances de maladies infectieuses qui menacent les Canadiens :

- De nombreuses maladies infectieuses, telles que le sida et l'hépatite C, persistent.
- On relève de nouvelles menaces de maladie infectieuses, notamment la maladie de la vache folle et le colibacille ainsi que le virus du Nil occidental.
- Les voyages et les migrations mondiales peuvent faire apparaître rapidement de nouvelles maladies parmi la population.
- Les changements environnementaux, comme le réchauffement climatique, le déboisement et la contamination de l'eau, peuvent favoriser la propagation des infections.
- Les modifications du comportement, notamment les pratiques sexuelles à risque et la toxicomanie, peuvent favoriser la propagation du VIH et d'autres maladies infectieuses.
- La résistance de la population à l'immunisation pourrait causer la réapparition de la polio et de la rougeole, par exemple.
- La résistance antimicrobienne des agents pathogènes peut réduire l'efficacité des mesures curatives traditionnelles comme les antibiotiques[299].

13.1.2 Maladies chroniques

Selon l'Enquête nationale sur la santé de la population effectuée en 1998-1999, plus de la moitié des Canadiens, à savoir 16 millions de personnes, ont déclaré avoir une maladie chronique. Les maladies les plus fréquentes sont les allergies, l'asthme, l'arthrite, les maux de dos et l'hypertension[300].

Les maladies cardiovasculaires constituent la principale cause de mortalité au Canada, représentant 37 % de tous les décès. La mortalité attribuable aux maladies cardiovasculaires est en régression depuis 1970 tant chez les hommes que chez les femmes, quoique moins rapidement chez les femmes. Le cancer sous ses principales formes est la deuxième cause de mortalité et la principale cause de perte d'années potentielles de vie[301] avant 70 ans (il est à l'origine de plus du tiers de la perte d'années potentielles de vie). Le cancer touche principalement les Canadiens âgés : 70 % des nouveaux cas et 83 % des décès attribuables au cancer surviennent chez les personnes de 60 ans et plus. Les taux de décès attribuables au cancer diminuent lentement chez les hommes depuis 1990, tandis qu'ils sont demeurés relativement stables chez les femmes pendant la même période. Toutefois, les taux de cancer du poumon chez les femmes sont présentement quatre fois plus élevés qu'en 1971.

---

[298] Dr Paul Gully, mémoire présenté au Comité le 4 avril 2000, p. 2.
[299] Dr Paul Gully, *op. cit.*, p. 5.
[300] Dre Christina Mills, mémoire présenté au Comité le 4 avril 2001, p. 4.
[301] L'indicateur des « années potentielles de vie perdues », reconnu à l'échelle internationale, représente le nombre d'années de vie perdues quand une personne décède avant un âge donné, disons 75 ans. Ainsi, une personne qui meurt à 25 ans a perdu 50 ans de vie.

13.1.3 Blessures

En 1995-1996, il y a eu 217 000 admissions à l'hôpital attribuables à des blessures. Les taux d'admission à l'hôpital en raison de blessures étaient de loin les plus élevés chez les personnes de 65 ans et plus. Les chutes demeurent une cause importante de blessure chez les aînés et les enfants de moins de 12 ans. Chez les enfants, en 1996, l'empoisonnement constituait la deuxième cause en importance des admissions à l'hôpital en raison de traumatismes. Chez les adolescents et les adultes de moins de 65 ans, les collisions de véhicules automobiles constituaient la deuxième cause en importance. La grande majorité des blessures sont accidentelles (environ 66 %)[302].

13.1.4 Problèmes de santé mentale

L'Enquête nationale sur la santé de la population de 1994-1995 révèle que 29 % des Canadiens connaissent un niveau élevé de stress, 6 % se sentent déprimés, 16 % indiquent que le stress a des effets nuisibles sur leur vie et 9 % ont une déficience cognitive telle que des difficultés à réfléchir et à se souvenir. Selon un rapport rédigé à l'intention du Réseau de consultation sur la santé mentale fédéral, provincial et territorial, environ 3 % des Canadiens souffrent de troubles mentaux graves et chroniques pouvant engendrer des limitations fonctionnelles graves et une mésadaptation sociale et économique, par exemple la maladie affective bipolaire et la schizophrénie. Autrement dit, environ un Canadien de 15 ans et plus sur 35 en est atteint[303].

Le stress et les troubles mentaux qui aboutissent à la maladie mentale peuvent se manifester à différentes périodes de la vie. L'autisme, les problèmes de comportement et le trouble déficitaire d'attention affectent plus communément les enfants. Les troubles de l'alimentation et la schizophrénie apparaissent surtout à l'adolescence. L'âge adulte est la période au cours de laquelle la dépression se manifeste de manière plus évidente. Les personnes âgées sont touchées par la maladie d'Alzheimer et d'autres types de démence, mais la dépression est également fréquente chez elles.

En raison de l'importance de la maladie mentale chez les Canadiens, le Comité tiendra des audiences spéciales et produira un rapport distinct dans lequel il présentera ses constatations et ses recommandations au gouvernement fédéral.

13.2 Fardeau économique de la maladie

Les seules estimations dont nous disposons sur le fardeau économique de la maladie et des blessures au Canada ont été publiées en 1997 par Santé Canada et portent sur l'année 1993. Cette année-là, on estimait à 156,9 milliards de dollars le coût total de la maladie et des blessures, soit 22 % du PIB. Les coûts directs (soins hospitaliers, services dispensés par les médecins et recherches sur la santé, etc.) s'élevaient à 71,7 milliards de dollars et les coûts indirects (perte de productivité, etc.), à 85,1 milliards de dollars.

---

[302] Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*, Ottawa, 1999, p. 19.

[303] Kimberley McEwan et Elliot Goldner, *Indicateurs de rendement et de reddition de comptes pour les services de soins et de soutien en santé mentale*, trousse d'information préparée pour le Réseau de consultation sur la santé mentale fédéral, provincial et territorial, Ottawa, 2000, p. 30.

Comme le montre le tableau 13.2, les catégories diagnostiques affichant les coûts totaux les plus élevés étaient les maladies cardiovasculaires (19,7 milliards de dollars - 15,3 % des coûts totaux), les maladies musculo-squelettiques (17,8 milliards - 13,8 %), les blessures (14,3 milliards - 11,1 %), le cancer (13,1 milliards - 10,1 %), les maladies respiratoires (12,2 milliards - 9,4 %), les maladies du système nerveux (9,6 milliards - 7,4 %) et les troubles mentaux (7,8 milliards – 6 %). Les maladies infectieuses représentaient 2,0 % du fardeau économique total de la maladie (2,6 milliards de dollars).

TABLEAU 13.2
FARDEAU ÉCONOMIQUE DE LA MALADIE
PAR CATÉGORIE DIAGNOSTIQUE, 1993
(EN MILLIONS DE DOLLARS)

	COÛTS DIRECTS[1]		COÛTS INDIRECTS		COÛT TOTAL	
	%	Coût	%	Coût	%	Coût
Mal. infectieuses/parasit.	1,8	786	2,2	1 857	2,0	2 643
Cancer	7,3	3 222	11,6	9 845	10,1	13 067
Mal. endocriniennes/conn.	3,0	1 334	2,5	2 086	2,6	3 419
Maladies sanguines	0,6	274	0,2	173	0,3	447
Troubles mentaux	11,4	5 051	3,3	2 787	6,1	7 839
Syst. nerveux/org. des sens	5,1	2 252	8,6	7 321	7,4	9 573
Affect. cardiovasculaires	16,7	7 354	14,5	12 368	15,3	19 722
Affect. respiratoires	8,6	3 787	9,9	8 393	9,4	12 181
Appareil digestif	7,5	3 326	3,4	2 920	4,8	6 247
Aff. génito-urinaires	5,1	2 248	0,9	786	2,3	3 034
Grossesse	4,6	2 025	0,8	690	2,1	2 715
Aff. cutanées/connexes	2,0	892	0,1	122	0,8	1 014
Aff. musculo-squelettiques	5,6	2 460	18,0	15 328	13,8	17 788
Anomalies congénitales	0,7	305	0,4	334	0,5	639
Affections périnatales	1,2	551	0,4	332	0,7	883
Affections mal définies	4,2	1 851	3,0	2 517	3,4	4 368
Blessures	7,1	3 122	13,2	11 222	11,1	14 343
Soins aux bien-portants	6,2	2 741	0,0	0	2,1	2 741
Autres	1,2	549	7,1	6 040	5,1	6 589
TOTAL	**100,0**	**44 130**	**100,0**	**85 123**	**100,0**	**129 253**

Des coûts directs s'élevant à 27,6 milliards de dollars n'ont pu être ventilés par catégorie diagnostique.
Source : Laboratoire de lutte contre la maladie (Santé Canada), *Le fardeau économique de la maladie au Canada 1993*, 1997.

13.3 Nécessité d'une stratégie nationale de prévention des maladies chroniques

Les chiffres présentés ci-dessus indiquent que les maladies chroniques non seulement sont la première cause de décès et d'invalidité au Canada, mais aussi qu'elles représentent la plus grande part du fardeau économique de la maladie. De plus, des informations fournies au Comité indiquent qu'environ les deux tiers de l'ensemble des décès au Canada sont attribuables aux maladies chroniques suivantes : maladies cardiovasculaires (maladies du cœur et accidents vasculaires cérébraux), cancer, maladies respiratoires obstructives chroniques (bronchite et emphysème) et diabète[304]. Plus précisément,

- les maladies cardiovasculaires, y compris les coronaropathies et les accidents vasculaires cérébraux, sont responsables de 38 % de tous les décès enregistrés au Canada chaque année et elles sont l'une des principales causes d'hospitalisation;
- le cancer est la deuxième cause de décès au Canada, intervenant pour 29 % dans le nombre total de décès et pour près du tiers des années potentielles de vie perdues;
- les maladies respiratoires obstructives chroniques représentent la cinquième cause de décès au Canada et la seule en voie d'augmentation; l'asthme est la maladie respiratoire chronique la plus courante chez les enfants et la première cause d'admission à l'hôpital et d'absentéisme scolaire chez les enfants au Canada;
- plus d'un million de Canadiens sont aux prises avec le diabète; le diabète est une cause importante de maladies coronariennes, de cécité et d'amputations. Chez les Autochtones canadiens, la prévalence du diabète est trois fois plus élevée que chez le reste de la population. Au total, le diabète représente chaque année quelque 25 000 années potentielles de vie perdues.

Au cours de son étude, le Comité a entendu dire à maintes reprises que la plupart des maladies chroniques sont parfaitement évitables. De plus, un rapport rédigé par Terrence Sullivan, vice-président et directeur de la Division de l'oncologie préventive d'Action cancer Ontario, indique que de nombreuses maladies chroniques – en particulier les maladies cardiovasculaires, le cancer, les maladies pulmonaires obstructives chroniques et le diabète – ont les mêmes causes. En effet, une mauvaise alimentation, le manque d'exercice, le tabagisme, le stress et la consommation excessive d'alcool (autant de comportements liés au mode de vie) sont reconnus comme les principaux facteurs de risque sociaux et comportementaux pour ces maladies. Ces facteurs de risque sont également souvent associés à d'autres troubles physiques ou physiologiques qui accroissent le risque de maladies chroniques, notamment l'excès de poids ou l'obésité, l'hypertension artérielle, un taux de cholestérol élevé (hypercholestérolémie) et l'intolérance au glucose (diabète)[305]. Si l'on parvenait à atténuer ou à éliminer ces facteurs de

---

[304] Comité consultatif sur la santé de la population, *Advancing Integrated Prevention Strategies in Canada: An Approach to Reducing the Burden of Chronic Diseases*, document de travail, 10 juin 2002.

[305] Terrence Sullivan, *Preventing Chronic Disease and Promoting Public Health: An Agenda for Health System Reform*, août 2002.

risque liés au mode de vie, on réduirait énormément la prévalence de ces maladies chroniques et le fardeau économique qu'elles représentent.

Le fait que la grande majorité des Canadiens sont exposés à l'un ou plusieurs de ces facteurs de risque courants[306] donne à penser que l'état de santé général de la population pourrait être grandement amélioré si l'on mettait davantage l'accent sur la prévention des maladies chroniques tout en continuant de lutter contre les maladies infectieuses. Conscients de cette réalité et de la possibilité d'une action commune, de grands organismes de santé nationaux (Société canadienne du cancer, Association canadienne du diabète, Fondation des maladies du cœur du Canada, Conseil canadien pour le contrôle du tabac, Coalition for Active Living et Les Diététistes du Canada) se sont récemment associés à Santé Canada pour former l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada (APMCC).

En plus de cette nouvelle alliance stratégique, plusieurs autres mesures importantes ont été prises relativement à la prévention des maladies chroniques, notamment la Stratégie canadienne sur le diabète, l'Initiative canadienne en santé cardiovasculaire, le Plan d'action canadien contre les maladies cardiovasculaires, la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer, sans nommer les nombreuses autres initiatives fédérales-provinciales-territoriales conjointes.

Cependant, certains ont dit au Comité qu'il faudrait intégrer, coordonner et renforcer ces différentes initiatives afin d'élaborer une stratégie nationale de prévention des maladies chroniques. Selon M. Sullivan, le Canada devrait utiliser les connaissances acquises et s'inspirer des réussites et des échecs des initiatives passées pour faire avancer le dossier de façon encore plus résolue[307].

En plus de mieux intégrer les diverses initiatives en cours, il faudrait :

- assurer un leadership fédéral plus fort, notamment sur le plan politique et sur celui du maintien des ressources humaines et financières;
- élaborer une vision commune parmi tous les grands organismes qui travaillent dans le domaine des maladies chroniques, afin d'élaborer un ensemble d'objectifs précis;
- créer des partenariats avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, les intervenants de l'entreprise privée et les organisations non gouvernementales;
- mettre en place des systèmes de surveillance des maladies chroniques et des facteurs de risque connexes, systèmes qui permettront également de surveiller la réalisation d'objectifs stratégiques précis;
- investir davantage dans des initiatives préventives adaptées aux particularités régionales.

La stratégie nationale de prévention des maladies chroniques devrait faire appel à l'éducation du public, à des programmes de communication de masse et à des interventions

[306] Une analyse de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, enquête effectuée en 2000, révèle que 65 % des Canadiens sont exposés à plus d'un facteur de risque lié aux maladies chroniques.
[307] Terrence Sullivan, *op. cit.*, p. 7.

stratégiques. Ces interventions devraient porter sur plusieurs fronts (soins de santé primaires, système d'enseignement, milieu du travail, collectivité) et répondre aux besoins de certaines populations prioritaires (Autochtones, collectivités rurales, femmes, etc.).

Une stratégie nationale de prévention des maladies chroniques procurerait de grands avantages. Elle permettrait notamment d'éviter l'occurrence prématurée et inutile de la maladie, d'améliorer l'état de santé de la population, d'accroître la productivité et d'abaisser les coûts des soins de santé. Selon les estimations, sur une période de 10 ans, on pourrait réduire jusqu'à 10 % les coûts des soins de santé parce que la population recourrait moins aux hôpitaux et aux services des médecins[308].

Le Comité convient, avec de nombreux témoins, qu'il est temps que le gouvernement fédéral lance une initiative nationale visant à réduire la prévalence et le fardeau économique des maladies chroniques au Canada. À notre avis, le gouvernement fédéral est particulièrement bien placé pour jouer ce rôle de chef de file, étant donné ses longs antécédents en matière de promotion de la santé et de prévention de la maladie ainsi que son pouvoir législatif à l'égard de la surveillance et de la protection de la santé.

Une stratégie nationale de prévention des maladies chroniques améliorera la santé des Canadiens et contribuera à la viabilité du système de santé public. Le Comité croit que l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada peut contribuer à la conception et à la réalisation de cette stratégie.

Le Comité convient, avec de nombreux témoins, qu'il est temps que le gouvernement fédéral lance une initiative nationale visant à réduire la prévalence et le fardeau économique des maladies chroniques au Canada. À notre avis, le gouvernement fédéral est particulièrement bien placé pour jouer ce rôle de chef de file, étant donné ses longs antécédents en matière de promotion de la santé et de prévention de la maladie ainsi que son pouvoir législatif à l'égard de la surveillance et de la protection de la santé.

Nous sommes d'avis que le gouvernement fédéral doit faire preuve de leadership, mais il est important qu'il collabore avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, le secteur privé et les partenaires bénévoles du secteur de la santé, pour que les changements nécessaires soient apportés. C'est pourquoi le Comité recommande :

Que le gouvernement fédéral, de concert avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et en consultation avec les principaux intervenants (dont l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada), mette en œuvre une stratégie nationale de prévention des maladies chroniques;

Que cette stratégie s'inspire des initiatives en cours, mais qu'elle prévoie aussi une meilleure intégration et une meilleure coordination;

[308] Terrence Sullivan, *op. cit.*, p. 10.

Que le gouvernement fédéral consacre 125 millions de dollars par année à la stratégie nationale de prévention des maladies chroniques;

Que des objectifs précis soient fixés dans le cadre de la stratégie et que les résultats soient évalués régulièrement en fonction de ces objectifs.

13.4 Renforcer la santé publique et la promotion de la santé

Dans un rapport rédigé par Joseph Losos, directeur de l'Institut de la santé de la population (Université d'Ottawa), l'auteur affirme que la santé publique et la protection de la santé jouent souvent le rôle de « sentinelles » de la santé – grâce à leurs fonctions de surveillance, de test, d'analyse, d'intervention, d'information, de promotion et de prévention – jusqu'à ce qu'un événement imprévu se produise. Lorsqu'un tel événement survient (affaire de l'eau contaminée à Walkerton, intoxications alimentaires, flambées de cas de maladies infectieuses, augmentation ponctuelle des cas de maladies chroniques, etc.), la crise et la visibilité de l'événement prennent rapidement des proportions considérables. Mais, par-dessus tout, ces crises entraînent de grandes souffrances, voire des décès et des coûts énormes, alors qu'on aurait pu les éviter au départ[309].

Selon le *Journal de l'Association médicale canadienne*, les interventions en santé publique comportent une grande lacune en ce que leur financement est modeste, instable et irrégulier. Il en découle que l'infrastructure des soins de santé au Canada subit d'énormes pressions[310].

La fragmentation est un autre obstacle à l'efficacité en matière de santé publique. En effet, chaque gouvernement provincial et territorial possède sa propre législation en la matière. Le gouvernement fédéral assume également, de par la loi, des responsabilités en matière de réglementation de la santé publique (surveillance épidémiologique, aliments et drogues, appareils, produits biologiques, santé environnementale, produits de consommation). Ce fouillis de pouvoirs réglementaires et législatifs donne lieu à des négociations complexes entre les différents intervenants et à une coordination des activités qui laisse à désirer. Une telle fragmentation limite l'efficacité des efforts en santé publique et aboutit à l'absence d'une responsabilité et d'un leadership clairs. De l'avis de nombreux experts, il faut dès maintenant que le gouvernement fédéral prenne résolument l'initiative de corriger cette situation déplorable qui nuit à la productivité[311].

De même, les sommes qu'affecte le gouvernement à la promotion de la santé sont très modestes quand on les compare aux dépenses en santé. De plus, tant les gouvernements que les organisations non gouvernementales s'occupent de promotion de la santé. La plupart des efforts en ce sens se sont révélés efficaces, mais leur fragmentation a donné

---

[309] Joseph Losos, *Promotion and Protection of the Health and Wellbeing of the Population – Vision of Federal/National Roles*, 4 septembre 2002, p. 1.

[310] « Public Health on the Ropes », éditorial, et Richard Schabas, « Public Health: What is to be done? », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 166, nº 10, 14 mai 2002.

[311] Joseph Losos, *op.cit.*

lieu à une infrastructure de promotion de la santé mal coordonnée et mal intégrée. Chose plus importante encore, il n'existe pas au Canada d'objectifs nationaux en matière de promotion de la santé, comme c'est le cas aux États-Unis[312].

Le Comité croit fermement qu'il est absolument nécessaire d'établir des programmes et des politiques en matière de santé publique, de protection de la santé et de promotion de la santé et du mieux-être si l'on veut améliorer la santé des Canadiens. Nous croyons qu'il faut adopter une démarche coordonnée et intégrée dans ce domaine et, encore une fois, que le gouvernement fédéral peut et doit y jouer un rôle prépondérant. Nous pensons aussi qu'il faut consacrer davantage d'argent à ce secteur. Étant donné son pouvoir légal en matière de protection de la santé et le rôle qu'il joue depuis longtemps dans la promotion de la santé, le gouvernement fédéral devrait accroître son financement dans ce domaine. Par conséquent, le Comité recommande :

> **Que le gouvernement fédéral assure un leadership fort en matière de soutien, de coordination et d'intégration de l'infrastructure de la santé publique et des efforts de promotion de la santé au Canada et qu'il y affecte davantage de fonds. Il devrait consacrer 200 millions de dollars de plus à cette entreprise très importante.**

13.5 Vers une politique publique pro-santé – Nécessité d'élaborer des stratégies d'amélioration de la santé de la population

Comme nous l'avons vu plus haut, l'expression « santé de la population » est employée pour décrire la multiplicité et l'étendue des facteurs qui contribuent à la santé. Ces nombreux facteurs englobent les déterminants médicaux et non médicaux de la santé. La notion de santé de la population n'est pas nouvelle. En fait, depuis près de 30 ans, le Canada joue un rôle prépondérant dans le monde aux fins de l'élaboration du concept de santé de la population.

- En 1974, le ministre de la Santé, Marc Lalonde, a publié un document de travail intitulé *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*. On y soulignait qu'un système de soins de santé de haute qualité n'est que l'une des composantes d'une politique publique pro-santé, laquelle devrait tenir compte des facteurs biologiques humains (recherche), du mode de vie et des environnements physique, social et économique. Le rapport Lalonde a énormément contribué à façonner des approches plus larges de la santé, tant au Canada qu'ailleurs dans le monde. À l'échelon fédéral, le rapport a donné lieu, entre autres, à diverses campagnes de marketing social comme ParticipAction, Dialogue sur l'alcool et le *Guide alimentaire canadien*.
- En 1986, le rapport *La santé pour tous*, publié par le ministre de la Santé d'alors, Jake Epp, a donné lieu à des initiatives comme la Stratégie antidrogue canadienne, l'Initiative canadienne en santé cardiovasculaire, Villes et villages en santé, la Stratégie canadienne sur le VIH/sida, etc.

---

[312] Joseph Losos, *op.cit.*, p. 1.

- En 1989, l'Institut canadien de recherches avancées (ICRA), dirigé à l'époque par Fraser Mustard, a posé comme hypothèse que les déterminants de la santé ne fonctionnent pas en vase clos, mais que ce sont les interactions complexes entre eux qui influent le plus sur la santé. Ces travaux, de même que les dernières constatations du D' Mustard, ont conduit entre autres à l'élaboration de l'initiative fédérale-provinciale-territoriale sur le développement de la petite enfance.

- En 1994, l'approche de la santé de la population a officiellement été entérinée par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé dans un rapport intitulé *Stratégies d'amélioration pour la santé de la population : investir dans la santé des Canadiens.*

- En septembre 2000, tous les ministres de la Santé ont convenu d'intervenir en priorité sur le plan des conditions sous-jacentes et plus larges qui influent sur la santé des Canadiens.

On dispose de plus en plus de preuves que les déterminants de la santé ont un effet sur l'état de santé des Canadiens, surtout les déterminants socio-économiques. Par exemple, le deuxième *Rapport sur la santé des Canadiens*[313] signalait ceci :

- Les Canadiens à faible revenu risquent davantage de mourir plus tôt et de souffrir de maladies que les Canadiens à revenu plus élevé.

- Les écarts importants dans la répartition des revenus font augmenter les problèmes sociaux et contribuent à une moins bonne santé chez l'ensemble de la population.

- Les gens peu alphabétisés sont plus susceptibles d'être sans emploi et pauvres, d'être en mauvaise santé et de mourir plus tôt que les Canadiens plus instruits.

- Les Canadiens plus instruits ont davantage accès à des environnements physiques sains et sont plus aptes, que les personnes moins scolarisées, à préparer leurs enfants à l'école. Ils ont aussi tendance à moins fumer, à être plus actifs physiquement et à avoir accès à des aliments santé.

- Des études en neurobiologie ont confirmé que, plus que toutes les autres, ce sont les expériences vécues entre la conception et l'âge de six ans qui influent le plus sur la connexion et le conditionnement des neurones du cerveau. La stimulation positive en début de vie améliore l'apprentissage, le comportement et la santé tout au long de la vie.

- Le vieillissement n'est pas synonyme de mauvaise santé. Une vie active et l'accès à des possibilités d'apprentissage tout au long de la vie sont des facteurs particulièrement importants pour conserver la santé et la capacité cognitive à un âge avancé.

---

[313] Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Pour un avenir en santé - Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*, Ottawa, 1999.

FU

- Malgré la diminution de la mortalité infantile, l'augmentation des niveaux d'instruction et la baisse de la consommation excessive d'alcool et de drogues dans bien des collectivités autochtones, les membres des Premières nations et les Inuits courent plus de risques que le Canadien moyen de tomber malades ou de mourir prématurément.

- Les hommes sont plus susceptibles que les femmes de mourir prématurément, surtout de maladies cardiaques, de blessures accidentelles mortelles, de cancers et par suicide. Les femmes sont plus sujettes à la dépression, au stress, aux maladies chroniques, aux blessures et plus susceptibles de mourir par suite de violence familiale.

- Les Canadiens âgés sont beaucoup plus susceptibles que les jeunes de souffrir de maladies physiques, mais les jeunes affichent les taux de bien-être psychologique les plus faibles.

Malgré ces réalités, aucun ordre de gouvernement au Canada et aucun pays n'a conçu ni mis en place des programmes et des politiques solidement ancrés dans une approche axée sur la santé de la population. Le fait est qu'il y a encore, sur le plan pratique, d'importants obstacles qui empêchent l'élaboration de programmes concrets pouvant être maintenus sur de longues périodes.

Tout d'abord, en raison de la multiplicité des facteurs qui influent sur l'état de santé, il est extrêmement difficile d'associer causes et effets, d'autant plus que les effets d'une intervention donnée ne deviennent souvent visibles qu'au bout de nombreuses années. Comme les horizons politiques sont habituellement plus courts, la longue période nécessaire à l'observation des conséquences d'une politique dans ce domaine peut décourager sérieusement l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies axées sur la santé de la population.

Par ailleurs, il est très difficile de coordonner les activités gouvernementales de façon à tenir compte de la multiplicité des facteurs qui influent sur l'état de santé. En fait, la structure de la plupart des gouvernements ne se prête pas facilement à une responsabilité interministérielle face à des problèmes complexes. La difficulté s'aggrave lorsque plusieurs ordres de gouvernement et de nombreux intervenants non gouvernementaux sont en jeu, comme ce doit être le cas si l'on veut que les stratégies relatives à la santé de la population soient vraiment efficaces.

L'élaboration d'une approche axée sur la santé de la population comporte certes de nombreuses embûches mais, selon le Comité, il est important que le Canada s'efforce de donner l'exemple en explorant des façons pratiques et novatrices d'appliquer une théorie sensée afin d'aider à améliorer la santé de la population.

De plus, comme de nombreux témoins, le Comité croit que, vu sa responsabilité à l'égard d'un si grand

Comme de nombreux témoins, le Comité croit que, vu sa responsabilité à l'égard d'un si grand nombre de programmes et de politiques ayant une incidence sur la santé (santé, environnement, agriculture, finances, etc.), le gouvernement fédéral devrait ouvrir la voie en matière de santé de la population en coordonnant les activités des différents ministères intéressés.

nombre de programmes et de politiques ayant une incidence sur la santé (santé, environnement, agriculture, finances, etc.), le gouvernement fédéral devrait montrer la voie à suivre en matière de santé de la population en coordonnant les activités des différents ministères intéressés. Comme le Dr Losos, nous croyons que le ministre fédéral de la Santé serait le mieux placé pour assurer cette coordination. Dans un premier temps, le gouvernement fédéral devrait évaluer la portée de tous les programmes et politiques existants sur la santé des Canadiens. Il faudrait que des études d'impact sur la santé fassent partie intégrante du processus d'élaboration des politiques et des programmes au gouvernement fédéral.[314]

Idéalement, les ministres de la Santé de tous les ordres de gouvernement au Canada devraient jouer le rôle de « champions de la santé de la population » et faire en sorte que la santé soit la principale considération dans toutes les initiatives, quel que soit le secteur. On aurait alors une véritable politique publique pro-santé au Canada.

Dans un rapport à venir, le Comité présentera ses constatations et ses recommandations sur les avantages et les répercussions de l'instauration de politiques publiques pro-santé au Canada.

[314] Dr Losos, *op. cit.* p. 5.

Partie VII : Financer la réforme

CHAPITRE QUATORZE

COMMENT ADMINISTRER LES FONDS SUPPLÉMENTAIRES QUE LE GOUVERNEMENT FÉDÉRAL CONSACRERA À LA SANTÉ

Le Comité a conclu le volume cinq de son étude en rappelant que, dans sa structure actuelle, le système public de soins de santé au Canada n'est pas financièrement viable[315]. Autrement dit, le mécanisme de financement du système de soins hospitaliers et de soins dispensés par les médecins payé par les deniers publics n'est plus conforme aux exigences du XXI[e] siècle. On devra par conséquent entreprendre une vaste réforme des mécanismes de financement des services hospitaliers et des services dispensés par les médecins si l'on veut préserver et améliorer le système de santé public auquel tiennent les Canadiens et qui les a si bien servis au cours des dernières décennies.

Toujours dans le volume cinq, le Comité indiquait ce qu'est pour lui un *système de soins de santé financièrement viable* : un système sur lequel les Canadiens peuvent compter maintenant et pourront compter dans l'avenir. S'agissant de sa viabilité, il convient de tenir compte de deux contraintes corrélées. D'une part, les contribuables doivent être disposés à payer pour l'entretenir. D'autre part, les gouvernements se doivent de favoriser l'expansion économique et donc de maintenir les taux d'imposition à un niveau ne risquant pas de nuire à la capacité du Canada de stimuler l'investissement, de créer des emplois et de demeurer compétitif par rapport aux autres membres de l'OCDE, en particulier les États-Unis[316].

> ***Pour le Comité, un système de soins de santé financièrement viable est un système sur lequel les Canadiens peuvent compter maintenant et pourront compter dans l'avenir. S'agissant de sa viabilité, il convient de tenir compte de deux contraintes corrélées. D'une part, les contribuables doivent être disposés à payer pour l'entretenir. D'autre part, les gouvernements se doivent de favoriser l'expansion économique et donc de maintenir les taux d'imposition à un niveau ne risquant pas de nuire à la capacité du Canada de stimuler l'investissement, de créer des emplois et de demeurer compétitif par rapport aux autres membres de l'OCDE, en particulier les Etats-Unis.***

Dans le volume cinq, le Comité s'est penché sur les tendances actuelles et projetées des dépenses de santé pour répondre à la question de la viabilité du système public canadien de soins de santé[317]. Il a recueilli des données sur les pressions continues qu'exercent sur les budgets de la santé la hausse rapide et marquée du coût des médicaments et des nouvelles technologies, le vieillissement de la population, les coûts déjà élevés et sans cesse croissants des ressources humaines dans le domaine de la santé et l'augmentation des attentes du public. En s'inspirant de ces données et de nombreux rapports et études sur l'augmentation des coûts de la

315 Volume cinq, p. 7.
316 *Ibid.*
317 Volume cinq, p. 7-9.

santé au Canada, le Comité a déduit que le système public canadien de soins de santé *n'est pas* financièrement viable dans sa structure actuelle.

Dans le présent chapitre, nous allons examiner les répercussions d'un tel constat. La section 14.1 dresse un état des multiples facteurs qui, selon le Comité, exercent des pressions considérables sur les budgets de santé des gouvernements, à court comme à long terme. C'est d'ailleurs cette situation qui nous a amenés à conclure à la non-viabilité financière du système de santé du Canada et à la nécessité de lui consacrer davantage de fonds afin d'en assurer la survie et, en particulier, de le modifier pour en améliorer l'efficacité et l'efficience. La section 14.2 examine le rôle que le gouvernement fédéral devrait jouer en matière de financement, du moins selon le Comité, afin de garantir la pérennité du régime national d'assurance-santé. À la section 14.3, enfin, nous décrivons le système d'administration que le gouvernement fédéral devrait, selon nous, appliquer à tous les nouveaux fonds destinés aux soins de santé.

14.1 Il faut investir davantage dans le système de soins de santé

Dans le volume cinq[318], le Comité s'était penché sur les tendances actuelles et projetées en matière de dépenses de santé. Nous les résumons à nouveau ci-après.

Selon des données provenant de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), les dépenses de santé publiques et privées au Canada ont dépassé 95 milliards de dollars en 2000, soit une progression de 6,9 % par rapport à l'année précédente. Même après correction pour tenir compte de l'inflation et de l'accroissement démographique, on observe une augmentation de 4,1 % en termes réels entre 1999 et 2000.

Les données montrent que la progression des dépenses de santé s'accélère. En fait, les dépenses réelles par habitant n'ont jamais augmenté aussi rapidement depuis les années 80. En outre, les projections témoignent de l'existence de facteurs qui tendent à faire grimper les dépenses de santé :

- **Coûts des médicaments :** Les coûts des médicaments comptent actuellement pour plus de 15 % dans les dépenses totales (publiques et privées) en soins de santé. On prévoit qu'ils auront grimpé de 14,7 milliards de dollars en 2000, une hausse de 9 % par rapport à 1999. Dans le volume deux de son étude, le Comité avait fait remarquer qu'entre 1990 et 2000, les dépenses de médicaments par habitant avaient progressé de près de 93 %, soit plus du double de l'augmentation de l'ensemble des dépenses de santé (40 %)[319]. Or des médicaments nouveaux et efficaces mais extrêmement coûteux feront leur apparition sur le marché canadien dans les dix prochaines années (vaccin contre le sida, nouvelle cure immunologique contre le diabète juvénile, etc.), ce qui fera monter encore plus le coût total des médicaments.
- **Technologies nouvelles** : Le Canada doit investir davantage dans les technologies de la santé et les systèmes d'information sur la santé. Dans le volume deux, le Comité précisait que chaque tranche d'un milliard de dollars d'investissement dans l'achat d'appareils neufs exige une somme

[318] Volume cinq, p. 6-13.
[319] Volume deux, p. 20.

supplémentaire de l'ordre de 700 millions de dollars pour couvrir les coûts connexes de fonctionnement et d'entretien des machines[320]. Il faudrait en fait augmenter les dépenses en capital de 2,5 milliards de dollars pour parvenir à un niveau d'équipement en nouvelles technologies analogue à celui des autres pays de l'OCDE (voir le chapitre dix). De même, on estime qu'il faudrait entre 6 et 10 milliards de dollars sur six à huit ans (ou 1 à 1,25 milliard de dollars annuellement) pour instituer une infostructure de la santé complète au Canada (voir le chapitre dix).

- **Vieillissement de la population** : En 1998, 12 % des Canadiens avaient 65 ans ou plus, et plus de 43 % des dépenses de santé des provinces et des territoires concernaient les personnes âgées. D'après des chiffres de Statistique Canada, les personnes âgées représenteront 14,6 % de la population en 2010 et 23,6 % lorsque le gros de la génération du baby-boom aura pris sa retraite en 2031. Des interventions coûteuses qu'on ne pratiquait pas autrefois sur les personnes âgées leur sont maintenant offertes de plus en plus couramment[321]. On estime que le vieillissement de la population fera, à lui seul, augmenter de 1 % par an les dépenses totales en soins de santé. Si le pourcentage paraît faible, il équivaut tout de même à environ un milliard de dollars de plus par an pendant des dizaines d'années.

- **Coût des ressources humaines** : Les coûts de main-d'œuvre représentent environ 75 % des dépenses de soins de santé. Selon le Conseil consultatif du premier ministre de l'Alberta sur la santé (dont le rapport est mieux connu sous le nom de « rapport Mazankowski »), plus de la moitié de l'accroissement du budget de la santé en 2001-2002 a été consacré aux augmentations salariales dans cette province. Cette tendance devrait se confirmer partout au Canada.

- **Recherche en santé** : Un niveau sans précédent de financement de la recherche en santé va entraîner l'élaboration d'un grand nombre de technologies et de médicaments nouveaux. Cette année, les pays du G-7 consacreront l'équivalent d'une quarantaine de milliards de dollars américains à la recherche en santé, ce qui aboutira à des technologies efficaces mais chères dans des domaines comme la génomique, la protéomique et les nanotechnologies.

- **Augmentation des attentes de la population** : De nombreux analystes ont affirmé que les attentes de la population en ce qui a trait aux soins hospitaliers et aux soins dispensés par les médecins vont avoir un impact considérable sur les coûts futurs. D'ailleurs, Roy Romanow le fait bien remarquer dans son rapport provisoire : « L'un des principaux facteurs d'augmentation au cours des dernières décennies a été l'évolution de nos attentes. De nos jours, nous voulons ce qu'il y a de mieux en matière de technologie, de traitements, d'installations, de recherche et de médicaments, et, par conséquent, nous

---

[320] Volume deux, p. 43 et 118.

[321] Certaines interventions cardiaques (comme l'ACTP) progressent de 12 % par an chez les personnes âgées, les chirurgies des articulations (comme le remplacement du genou) augmentent à un rythme de 8 % par an et la dialyse rénale est en hausse de 14 % par an dans ce groupe d'âge (à un coût de 50 000 $ par an par patient).

dictons à nos gouvernements des impératifs qu'il leur est impossible de maintenir au fil des ans »[322]. Les Canadiens ont une attitude plus nord-américaine qu'européenne en matière d'attentes. Plus précisément, 64 % des Canadiens sont très intéressés par les nouvelles découvertes médicales, contre 66 % des Américains et 44 % des Européens.

- **Restructuration des soins médicaux** : La restructuration, le renouvellement et la réforme du système de soins de santé vont coûter extrêmement cher. On estime, par exemple, que l'établissement d'équipes de soins de santé primaires au Québec coûtera en moyenne 750 000 $ par équipe (voir le chapitre quatre).

- **Lacunes du système** : Comme nous l'avons signalé aux chapitres sept, huit et neuf du présent rapport, la couverture du régime d'assurance-santé comporte d'importantes lacunes, notamment pour ce qui est des médicaments, des soins à domicile et des soins palliatifs. Il va manifestement falloir que le gouvernement affecte plus d'argent au régime pour en élargir la couverture et en combler les lacunes.

Des témoins ont indiqué au Comité que, même d'après les projections les plus prudentes, les coûts des soins de santé progresseront de un point de pourcentage, voire davantage, de plus que l'augmentation du PIB et ce, pour un avenir indéfini. Étant donné le caractère public du système canadien de santé, ces tensions sur les coûts vont peser très lourd dans les budgets des administrations publiques à court et à long terme. Il en est d'ailleurs question dans le rapport (2000) des ministres provinciaux et territoriaux de la Santé sur les facteurs de coût ainsi que dans de nombreux documents remis au Comité.

Par exemple, dans un rapport rédigé pour l'Association des hôpitaux de l'Ontario, on apprend que près de 38 % des dépenses totales au titre des programmes ont été consacrées aux soins de santé en 2000-2001, soit une hausse de 33 % par rapport à 1992-1993[323]. Pour sa part, la Fédération des contribuables canadiens prévoit que la proportion atteindra 50 % dès 2007 en Colombie-Britannique et au Nouveau-Brunswick[324]. De son côté, le Conference Board du Canada estime qu'entre 2000 et 2020 les dépenses publiques en santé par habitant (corrigées en fonction de l'inflation) croîtront de 58 %, tandis que les dépenses publiques par habitant au titre de tous les autres programmes et services gouvernementaux n'augmenteront que de 17 %[325].

Cette augmentation du pourcentage des dépenses publiques consacrées à la santé est la meilleure indication des pressions financières qui s'exercent sur les gouvernements chargés de financer la santé. Une foule de témoins, notamment des administrateurs, des fournisseurs et

---

322 Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (Roy Romanow, président), *Préparer l'avenir des soins de santé*, rapport provisoire, février 2002, p. 25.

323 TEAQ Associates, *Getting the Right Balance : A Review of Federal-Provincial Fiscal Relations and the Funding of Public Services*, document rédigé pour l'Association des hôpitaux de l'Ontario, décembre 2001, p. 21.

324 Walter Robinson, *The Patient, The Condition, The Treatment – A CTF Research and Position Paper on Health Care*, Fédération des contribuables canadiens, septembre 2001, p. 59.

325 Glenn G. Brimacombe, Pedro Antunes et Jane McIntyre, *The Future Cost of Health Care in Canada, 2000 to 2020 – Balancing Affordability and Sustainability*, Conference Board du Canada, 2001, p. 21.

des consommateurs de services de santé, ont exprimé de vives inquiétudes au sujet de l'augmentation des coûts des soins de santé et de ses répercussions sur les budgets des pouvoirs publics, que ce soit parce que les autres programmes gouvernementaux (comme l'éducation et les services sociaux) risquent d'être relégués au second plan ou que les finances publiques risquent d'être déstabilisées. Ces témoignages ainsi que de nombreux rapports abondant dans le même sens ont convaincu le Comité qu'en plus des autres réformes nécessaires, il est essentiel d'investir davantage dans le système canadien de soins de santé pour le renouveler et en assurer la pérennité.

Par contraste, dans un rapport récent, le professeur Gerard Boychuk de l'Université de Waterloo soutient qu'il n'existe pas de crise financière dans les soins de santé[326]. Selon lui, on ne peut parler de crise en ce sens que les dépenses canadiennes en matière de santé, exprimées en pourcentage du PIB ou en pourcentage des recettes générales de l'État, sont demeurées relativement constantes. Cependant, d'aucuns voient un certain nombre de lacunes dans cette analyse. D'abord, elle ne tient pas compte des projections relatives aux coûts de la santé, qui indiquent que les dépenses de santé vont augmenter à un rythme supérieur à la fois à la croissance du PIB et à celle des recettes de l'État. Ensuite, le professeur Boychuk reconnaît que les soins de santé occupent trop de terrain par rapport aux autres services publics, mais il dit que le problème n'est grave que du point de vue provincial et non à l'échelle nationale. Dans cet argument, il oublie que, même si deux ordres de gouvernement participent au financement de la santé, les contribuables sont seuls à assumer la totalité du fardeau de l'augmentation des coûts de la santé, où qu'ils habitent. Enfin, le professeur Boychuk soutient que le gouvernement fédéral a profité du passage du Financement des programmes établis (FPE) au TCSPS, car il a ainsi pu réduire sa part des dépenses en santé. Selon lui, le système public de soins de santé n'est plus viable du point de vue provincial à cause de la réduction des transferts fédéraux. La conclusion logique de cet argument semble par conséquent être que le gouvernement fédéral doit injecter davantage de fonds dans les soins de santé.

Le Comité n'est pas d'accord avec le professeur Boychuk pour dire que la crise touchant la viabilité du système de soins de santé est d'ordre politique plutôt que financier. Nous avons reçu un nombre écrasant de témoignages qui nous confortent dans notre conclusion que le système de santé public n'est pas financièrement viable aux niveaux de financement actuels et que, par conséquent, il faudra y investir davantage d'argent pour restructurer et renouveler l'assurance-santé, de même que pour combler les lacunes du filet de sécurité de la santé.

Certaines personnes et organisations ne sont pas du même avis. Elles pensent qu'on pourrait économiser suffisamment d'argent simplement en améliorant l'efficacité du système, de sorte qu'on n'aurait pas besoin de chercher de nouvelles sources de financement. Le Comité a toujours reconnu l'importance d'améliorer l'efficacité et l'efficience de la gestion et de la prestation des services de santé. D'ailleurs, bien des recommandations de restructuration contenues dans les chapitres deux, trois, quatre, six, dix et onze vont dans le sens de cet objectif.

Le Comité estime qu'on ne lui a pas fourni de preuves suffisantes pour confirmer l'hypothèse que des gains d'efficacité permettraient, à eux seuls, d'éviter d'avoir à injecter des fonds supplémentaires. Dans son témoignage, Jack Davis, président-directeur

---

326 Gerard Boychuk, *The Changing Political and Economic Environment of Health Care in Canada*, document de travail, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, juillet 2002.

général de la régie régionale de la santé de Calgary, a repris la position du Comité en déclarant ceci :

> *Il est naïf et irréaliste de croire qu'une mesure magique viendra améliorer les niveaux de productivité dans notre réseau de la santé, au-delà de tout ce qui existe ailleurs sur la planète*[327].

Il faut restructurer le système public de soins de santé du Canada et le rendre beaucoup plus efficace et efficient. Toutefois, le Comité estime, et il l'a d'ailleurs déjà dit, que toute planification responsable des politiques publiques doit prévoir des fonds supplémentaires pour les soins de santé, notamment pour en financer la restructuration.

Le Comité est convaincu qu'étant donné ses responsabilités en matière de financement des soins de santé, le gouvernement fédéral a un rôle capital à jouer dans tout ce qui touche au maintien et au renouvellement des soins de santé au Canada. Toutefois, vu la multiplicité des besoins concurrents en matière de dépenses fédérales (agriculture, forces armées, environnement, infrastructure urbaine, etc.), le Comité est d'avis qu'on ne pourra pas se contenter de transférer à la santé des sommes provenant d'une autre enveloppe budgétaire, mais qu'il faudra trouver des fonds *additionnels*.

***Vu la multiplicité des besoins concurrents en matière de dépenses fédérales (agriculture, forces armées, environnement, infrastructure urbaine, etc.), le Comité est d'avis qu'on ne pourra pas se contenter de transférer à la santé des sommes provenant d'une autre enveloppe budgétaire, mais qu'il faudra trouver des fonds* additionnels.**

On doit dès lors se poser la question la plus difficile à laquelle sont confrontés les décisionnaires et même tous les Canadiens : où doit-on aller chercher les fonds additionnels pour le secteur de la santé? Doivent-ils provenir d'une augmentation des impôts ou de nouveaux prélèvements fiscaux? Les particuliers et les entreprises doivent-ils les verser au gouvernement par la voie des impôts ou de cotisations au régime d'assurance-santé, ou directement au secteur de la santé? Jack Mintz, président-directeur général de l'Institut C.D. Howe, a d'ailleurs fort bien formulé la question :

> *(...) les gouvernements auront besoin de recettes supplémentaires parce que la part publique du coût des soins de santé augmente avec le temps. Par conséquent, nous devons réfléchir soigneusement aux moyens de financer la prestation publique des soins. Quels sont les moyens adéquats de financement? Voilà une importante question que les Canadiens devraient se poser, parce qu'il y aura un fardeau de plus en plus lourd que tous les Canadiens devront assumer*[328].

De plus, en cherchant de nouvelles ressources, il ne faut pas oublier que le fardeau fiscal des particuliers canadiens est le plus élevé des pays du G-7 et qu'il est parmi les plus élevés des pays de l'OCDE. Le Comité croit, par conséquent, que les Canadiens doivent concilier, d'une part, leur désir de disposer de services de santé financés par les deniers publics

---

[327] Jack Davis (53:59).
[328] Jack Mintz (62.5).

et, d'autre part, leur volonté de payer des impôts pour que le gouvernement puisse les financer et la nécessité de fixer les impôts à des niveaux raisonnables de façon à soutenir la capacité du Canada d'investir, de créer des emplois et de continuer de faire concurrence aux autres pays de l'OCDE, surtout les États-Unis. Les recommandations du Comité sur la façon de trouver des fonds fédéraux supplémentaires pour les soins de santé sont présentées au chapitre quinze.

14.2 Le rôle du gouvernement fédéral en matière de financement

Beaucoup de témoins ont tenu à rappeler que le gouvernement fédéral a toujours joué un rôle important dans le financement des services de santé. De plus, les sondages d'opinion montrent que les Canadiens s'attendent à ce que le gouvernement fédéral continue de jouer un rôle de premier plan dans le système public de soins de santé.

Le Comité estime que, s'il veut préserver l'esprit du programme d'assurance-santé qu'il a lancé il y a déjà plusieurs dizaines d'années, le gouvernement fédéral doit jouer un rôle important dans la résolution des graves problèmes auquel est présentement confronté le système de santé public. Nous rappelons, à cet égard, le troisième principe énoncé dans le volume cinq de notre étude : « Le gouvernement fédéral joue un rôle de premier plan dans le maintien d'un système national d'assurance-santé »[329].

Par le rôle qu'il joue dans le financement du secteur de la santé, le gouvernement fédéral peut encourager les provinces et les territoires à restructurer, reconfigurer et renouveler leur système de soins de santé et les aider à le faire.

Par le rôle qu'il joue dans le financement du secteur de la santé, le gouvernement fédéral peut encourager les provinces et les territoires à restructurer, reconfigurer et renouveler leur système de soins de santé et les aider à le faire. Le Comité est convaincu que la grande majorité des Canadiens souhaitent que le gouvernement fédéral soutienne les efforts des provinces, des territoires et des fournisseurs de soins de santé et forme des partenariats avec eux en vue d'apporter les changements voulus au système. En fait, comme nous l'avons précisé dans le volume cinq, la participation du gouvernement fédéral à ce processus est importante pour bien des raisons.[330]

Premièrement, les Canadiens tiennent à ce que des principes nationaux régissent le système de soins de santé; ils s'attendent à ce que le gouvernement fédéral veille à les établir et à les maintenir et à ce qu'il les applique d'un bout à l'autre du pays. Actuellement, la capacité du gouvernement fédéral de participer à l'élaboration et à l'application de normes nationales et de recommander des politiques aux provinces et aux territoires dépend, pour une large part, de l'importance de sa contribution financière.

Deuxièmement, et certains verront là l'argument le plus important, seul le gouvernement fédéral est en mesure de veiller à ce que toutes les provinces et tous les territoires disposent des ressources financières nécessaires pour répondre aux besoins de leur population en matière de soins de santé, quelle que soit la taille de leur économie. Le rôle de redistribution du gouvernement fédéral est fondamental dans ce que beaucoup appellent « la manière

---

[329] Volume cinq, p. 31.
[330] Volume cinq, p. 13-15.

canadienne » de faire. À cet égard, voici la position de Sharon Sholzberg-Gray, présidente-directrice générale de l'Association canadienne des soins de santé :

> *(...) nous souhaiterions ajouter aux responsabilités du gouvernement fédéral celle de jouer un rôle de chef de file. Après tout, le fédéral est le seul ordre de gouvernement qui puisse garantir à tous les Canadiens l'accès à des services comparables, quelle que soit la région qu'ils habitent. Aucune administration provinciale ou territoriale n'est en mesure de faire cela. Seul le gouvernement fédéral peut offrir cette garantie, et il devrait donc assumer un rôle de direction dans ce domaine*[331].

Troisièmement, le financement fédéral est crucial pour la réforme et le renouvellement du système de soins de santé. Il est certain que les changements à apporter à la structure et au fonctionnement du système vont exiger des fonds additionnels, du moins dans un premier temps.

Quatrièmement, un système véritablement national exige une certaine harmonisation entre les provinces pour ce qui est des services assurés et des règles relatives au champ de pratique. Le gouvernement fédéral a un rôle important à jouer pour faciliter cette harmonisation; il peut, par exemple, employer des moyens financiers pour persuader les provinces et les territoires de se conformer aux normes nationales.

Cinquièmement, le Comité croit fermement que les sommes que le gouvernement fédéral verse aux provinces et aux territoires au titre des soins de santé doivent lui garantir voix au chapitre lorsqu'il s'agira de restructurer le système de soins de santé. Le gouvernement fédéral ne doit pas simplement accorder des fonds; il doit aussi avoir son mot à dire sur la façon dont ils sont dépensés. Les Canadiens s'attendent, avec raison, à ce que le gouvernement auquel ils paient leurs impôts soit représenté lorsque se prennent les décisions sur la façon dont cet argent sera dépensé.

Le Comité croit fermement que les sommes que le gouvernement fédéral verse aux provinces et aux territoires au titre des soins de santé doivent lui garantir voix au chapitre lorsqu'il s'agira de restructurer le système de soins de santé. Le gouvernement fédéral ne doit pas simplement accorder des fonds; il doit aussi avoir son mot à dire sur la façon dont ils sont dépensés.

Enfin, le Comité est persuadé que le financement gouvernemental doit être stable et prévisible. Aucun secteur de l'économie ne peut fonctionner efficacement si, d'une année à l'autre, ses recettes sont soumises à d'importantes fluctuations indépendantes de sa volonté. En fait, il est impossible de bien planifier – tâche essentielle dans tout secteur qui se veut efficient – si le financement n'est pas stable et prévisible. Autrement dit, un financement pluriannuel est essentiel au fonctionnement efficace et efficient du système public de soins de santé.

---

[331] Sharon Sholzberg-Gray (49:11)

14.3 Comment gérer les nouveaux fonds que le gouvernement fédéral destinera aux soins de santé

Avant de passer aux recommandations du Comité sur la façon de trouver de nouveaux fonds fédéraux destinés à la santé (voir le chapitre quinze), parlons d'abord de leur gestion. Le Comité croit que les Canadiens ne seront disposés à contribuer davantage aux dépenses publiques en santé qu'*à condition* d'être convaincus que ces sommes iront effectivement au système de santé et qu'elles seront dépensées judicieusement. Cela revient à dire que l'attribution des sommes additionnelles que les Canadiens verseront au gouvernement fédéral au titre des soins de santé devra faire l'objet d'un processus transparent grâce auquel le gouvernement sera tenu de rendre des comptes aux contribuables.

Le Comité croit fermement que les nouveaux fonds fédéraux destinés à la santé devront être gérés en fonction de quatre paramètres distincts mais interdépendants.

Premièrement, les recettes fédérales supplémentaires destinées à la santé devront être versées dans un *fonds réservé*, distinct du Trésor public. Nous croyons que les Canadiens n'accepteront pas de verser des cotisations de santé plus élevées s'ils n'ont pas la garantie que cet argent ira effectivement aux soins de santé et qu'il viendra véritablement s'ajouter aux sommes que le gouvernement fédéral s'est déjà engagé à consacrer à la santé. Cette position est d'ailleurs confirmée par un récent sondage Pollara[332] selon lequel 75 % des Canadiens seraient disposés à payer davantage sous forme d'impôts et de taxes si cet argent allait directement aux soins de santé plutôt qu'au Trésor. Ainsi il semble que, pour les Canadiens, les soins de santé soient un cas unique et qu'ils diffèrent des autres biens et services financés par le secteur public : réserver des fonds aux soins de santé permettrait de soustraire davantage le financement public aux aléas des décisions politiques relatives à l'attribution des ressources financières du gouvernement.

Le Comité est d'avis que les recettes fédérales supplémentaires destinées à la santé devront être versées dans un fonds réservé, distinct du Trésor public.

Deuxièmement, il faudra *cibler* les dépenses additionnelles que le gouvernement fédéral consacrera à la santé. Le Comité est convaincu que les nouveaux fonds fédéraux devront effectivement servir aux fins décrites dans le présent rapport, c'est-à-dire surtout à étendre la couverture de l'assurance-santé publique (comme nous l'expliquons aux chapitres sept, huit et neuf) et à améliorer l'efficacité et l'efficience du système de prestation de soins (financement des hôpitaux fondé sur les services dispensés, réforme des soins de santé primaires, technologie de la santé, informatisation des dossiers de santé, recherche et évaluation en santé, etc.). Autrement dit, les nouvelles sommes accordées aux provinces et aux territoires doivent servir à opérer de véritables changements et une vraie réforme, et non pas à financer le système de santé public dans sa forme actuelle.

Le Comité croit fermement que les nouvelles sommes accordées aux provinces et aux territoires doivent servir à opérer de véritables changements et une vraie réforme, et non pas à financer le système de santé public dans sa forme actuelle.

[332] Pollara, *Health Care in Canada Survey 2002*, juin 2002.

Troisièmement, et comme corollaire au deuxième point, le Comité s'oppose fermement à ce que le gouvernement fédéral verse ces fonds supplémentaires aux provinces et aux territoires dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS). En effet, les fonds du TCSPS ne peuvent être réservés à des fins précises et les provinces et les territoires ne sont pas tenus d'en rendre compte. Le Comité s'oppose aussi résolument au transfert de points d'impôt additionnels aux provinces et aux territoires. D'abord, l'effet du transfert de points d'impôt varie beaucoup d'une province à l'autre. Ensuite, une fois les points d'impôt transférés, le gouvernement fédéral n'a pas son mot à dire sur la façon dont les sommes sont dépensées.

Le Comité s'oppose fermement à ce que le gouvernement fédéral verse ces fonds supplémentaires aux provinces et aux territoires dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS).

Quatrièmement, le Comité est convaincu qu'il faudrait conseiller chaque année le gouvernement fédéral sur la façon de dépenser les fonds réservés. Ces conseils devraient figurer dans le rapport annuel rédigé par le conseil national des soins de santé dont le Comité propose la création au chapitre un. Ils devraient également être rendus publics dans un souci de transparence et de reddition de comptes.

Le Comité est convaincu que le conseil national des soins de santé devrait conseiller chaque année le gouvernement fédéral sur les priorités à respecter dans l'attribution des fonds réservés.

Cinquièmement, il est essentiel que tous les ordres de gouvernement rendent compte de la façon dont ils dépensent les fonds fédéraux additionnels au titre des soins de santé. Le Comité estime que les Canadiens doivent pouvoir constater que l'argent est bel et bien dépensé aux fins désignées. Par conséquent, les deux ordres de gouvernement – fédéral et provincial-territorial – doivent assumer une *responsabilité* commune.

À l'échelle fédérale, le Bureau du vérificateur général devrait vérifier chaque année comment les fonds réservés ont été dépensés et rendre publics les résultats de cette vérification. Les provinces et les territoires, de leur côté, devraient rendre compte de façon transparente que les fonds fédéraux réservés à des fins données ont bel et bien été dépensés à ces fins. Pour ce faire, ils devraient faire rapport annuellement au Parlement et au public canadien sur l'utilisation des fonds fédéraux réservés à la santé.

Le Comité est d'avis qu'à l'échelle fédérale, le Bureau du vérificateur général devrait vérifier chaque année comment les fonds réservés ont été dépensés et rendre publics les résultats de cette vérification.

Les provinces et les territoires, de leur côté, devraient faire rapport annuellement au Parlement et au public canadien sur l'utilisation des fonds fédéraux réservés à la santé.

Par conséquent, le Comité recommande :

Que le gouvernement fédéral crée un fonds réservé aux soins de santé, distinct du Trésor. Ce fonds contiendra les recettes supplémentaires qu'il destine aux soins de santé.

Que les sommes réservées aux soins de santé ne soient consacrées qu'à la santé. De plus, qu'elles servent à opérer de véritables changements et une vraie réforme, c'est-à-dire exclusivement à étendre la couverture de l'assurance-santé et à restructurer et renouveler le système public de soins hospitaliers et de soins fournis par les médecins.

Que le conseil national des soins de santé soit chargé de conseiller le gouvernement fédéral sur la façon de dépenser les fonds réservés aux soins de santé, et que ses conseils soient rendus publics dans un rapport annuel.

Que le gouvernement fédéral soumette le fonds réservé aux soins de santé à des vérifications annuelles confiées au Bureau du vérificateur général du Canada. Que les résultats de ces vérifications soient rendus publics.

Que le gouvernement fédéral exige que les provinces et les territoires fassent rapport annuellement à la population canadienne quant à l'utilisation des sommes fédérales provenant du fonds réservé aux soins de santé.

Si les Canadiens se montrent disposés (comme nous le croyons) à contribuer à l'effort du gouvernement fédéral visant à augmenter les investissements dans le domaine de la santé, et si le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux sont prêts à collaborer à la restructuration et à l'expansion du régime d'assurance-santé, le Comité est d'avis que non seulement le système canadien de santé pourra devenir viable, mais aussi qu'il pourra entrer dans une nouvelle ère grâce à son efficacité, à sa qualité, à sa pertinence, à sa transparence et à son imputabilité accrues.

CHAPITRE QUINZE

COMMENT GÉNÉRER DES FONDS ADDITIONNELS POUR LES SOINS DE SANTÉ[333]

Comme nous l'avons indiqué au chapitre un du volume cinq et plus haut dans le présent rapport, les témoignages qu'il a entendus et les documents qu'il a consultés ont permis au Comité de réunir suffisamment d'informations pour conclure que le système public de soins de santé du Canada n'est pas viable financièrement. Il est donc impérieux d'y consacrer davantage d'argent dans le but de le renouveler et de le soutenir.

Le Comité estime qu'il est impérieux de consacrer davantage d'argent au système de soins de santé, pour le renouveler et le soutenir.

Cet argent supplémentaire n'a que deux sources possibles : le Trésor ou le secteur privé.

Les sommes additionnelles nécessaires ne peuvent provenir que des Canadiens, de sources publiques ou privées. Comme on le voit au tableau 15.1, les sources publiques comprennent notamment les impôts (principale source de financement des soins de santé au Canada, en Australie et au Royaume-Uni) ou encore les charges sociales réservées, payées par les employeurs et les salariés, et fondées sur les gains des travailleurs (comme c'est le cas en Allemagne et aux Pays-Bas). On peut aussi penser à des primes d'assurance-santé publique (comme c'est le cas en Alberta et en Colombie-Britannique) ou à un impôt spécifique au titre du système de santé (comme en Australie). Enfin, le financement public des soins de santé pourrait se faire par le truchement de prestations de soins de santé imposables, c'est-à-dire que l'on considérerait comme un revenu imposable les soins publics reçus par un particulier[334].

Parmi les sources privées de financement dont il a été question au cours des audiences du Comité, on relève différentes formes de frais d'utilisation des services assurés, des cotisations à des comptes d'épargne-santé (CES) et à d'autres régimes similaires et des régimes privés d'assurance-santé. Contrairement au Canada, des frais d'utilisation des services publics sont exigés en Australie, en Allemagne, aux Pays-Bas, en Suède et au Royaume-Uni (entre autres pays). Il existe des régimes de CES à Singapour, en Afrique du Sud et aux États-Unis.

---

[333] Le présent chapitre est fondé sur les témoignages reçus par le Comité et sur une analyse approfondie de la documentation disponible sur ce sujet. De plus, un document signé par Robert D. Brown et Michanne Haynes (juillet 2002), préparé à la demande du Comité, intitulé *Financing Options for Funding and Incremental Increase in Federal Spending on the Health Sector*, a fourni de précieuses balises pour la rédaction du présent chapitre.

[334] Nous ne connaissons aucun pays qui exige un impôt sur les services de santé assurés; toutefois, un certain nombre de propositions en ce sens ont été formulées au Canada.

TABLEAU 15.1
SOURCES DE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ

SECTEUR	SOURCE
PUBLIC	• Impôts généraux – Cela comprend les impôts directs (impôt sur le revenu des particuliers et impôt des sociétés) et les impôts indirects. • Impôt spécifique – Impôt destiné à une utilisation spécifique, par exemple des services de santé imposables (formule selon laquelle les coûts de santé engendrés au cours d'un exercice s'ajoutent au revenu imposable). • Charges sociales – Cotisations liées aux gains des employés et versées par les employés et (ou) les employeurs. • Primes d'assurance-santé publique – Montant (fixe ou lié au revenu) versé par chaque citoyen et lui donnant droit à l'assurance-santé publique.
PRIVÉ	• Frais d'utilisation – Correspondent à une forme de paiement effectué par un patient au moment où est fourni un service assuré. • Comptes d'épargne-santé (CES) – Comptes d'épargne-santé constitués pour couvrir les dépenses de santé d'une personne ou de sa famille [a)b)]. • Assurance-santé privée – Souscrite par des particuliers ou par le truchement de régimes parrainés par l'employeur.

a) Certains souhaiteraient que les CES soient financés par les deniers publics ou, selon certains Canadiens, par une combinaison de fonds publics et privés.
b) Il existe également quelques autres régimes en vertu desquels le particulier assume certains coûts, mais pas nécessairement au point de service.
Source : Division de l'économie, Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement; Brown et Haynes (2002).

L'assurance-santé privée pourrait servir à compléter ou à remplacer le système public de soins de santé ou à combler ses lacunes. Si l'on décidait de ne pas investir de crédits additionnels dans le système public de soins de santé comme le recommande le Comité, ou encore si le gouvernement ne garantissait pas l'accès aux soins nécessaires en temps opportun, la pression serait sans doute grande pour que le gouvernement autorise les Canadiens qui en ont les moyens à souscrire des assurances-santé privées dans le but d'obtenir des services de santé fournis par des établissements privés et, comme nous le disons au chapitre cinq, le gouvernement serait peut-être même légalement tenu de le faire.

Toutefois, l'assurance privée forcerait à renoncer au modèle de l'assureur unique, fortement prôné par le Comité, ce qui conduirait à l'instauration d'un régime privé parallèle de prestation de soins.

Toutefois, l'assurance privée forcerait à renoncer au modèle de l'assureur unique, fortement prôné par le Comité, ce qui conduirait à l'instauration d'un régime privé parallèle de prestation de soins. Nous n'aborderons pas ici les conséquences d'une éventuelle légalisation de l'assurance-santé privée au Canada sur le système public de soins de santé; cette question est analysée en profondeur au chapitre seize.

15.1 Ampleur du financement fédéral additionnel requis

Le Comité croit que le gouvernement fédéral a le devoir de consacrer davantage d'argent au régime public. Sur la foi de nos calculs, la réalisation des recommandations présentées aux chapitres deux à treize nécessitera que le gouvernement fédéral consacre environ cinq milliards de dollars de plus à la santé, chaque année, cette somme comprenant une provision pour éventualités importante vu la très grande difficulté de prévoir l'évolution des coûts dans le secteur de la santé (voir le tableau 15.2).

Le montant de cinq milliards de dollars indiqué dans le tableau 15.2 représente l'estimation faite par le Comité de l'augmentation annuelle des coûts de santé qui découlerait de l'élargissement du régime public de manière à combler les lacunes constatées (aux chapitres sept, huit et neuf) et d'un investissement dans des mesures destinées à rendre plus efficaces et efficients le régime hospitalier et l'utilisation des médecins (comme il est proposé aux chapitres deux, trois, quatre, cinq, six, dix, onze, douze et treize). Ce montant *s'ajoute* aux sommes déjà affectées par le gouvernement fédéral à la santé (par le truchement du TCSPS et d'autres programmes). Il s'additionne également à toute hausse de la contribution fédérale requise pour soutenir le système *actuel* de services hospitaliers et de services fournis par les médecins à titre de mesure transitoire jusqu'à ce que les changements recommandés dans le présent rapport soient pleinement mis en oeuvre.

TABLEAU 15.2
FONDS FÉDÉRAUX ADDITIONNELS REQUIS POUR LES SOINS DE SANTÉ

Élargissement et restructuration	Part fédérale (M $)	Détails
Élargissement de la couverture		
• Soins à domicile post-hospitalisation[b]	550	Chaque année
• Médicaments dont le coût est exorbitant[a]	500	Chaque année
• Soins palliatifs[b]	250	Chaque année
Amélioration de l'efficience et de l'efficacité		
• Technologie de la santé (CUSS)[c]	400	2 milliards sur 5 ans
• Immobilisations (CUSS)[c]	400	4 milliards sur 10 ans
• Inforoute (DSE)[c]	400	2 milliards sur 5 ans
• Immobilisations (hôpitaux communautaires)[b]	150	1,5 milliard sur 10 ans
• Équipement (hôpitaux communautaires)[b]	100	500 millions sur 5 ans
• Réforme des soins primaires[c]	50	250 millions sur 5 ans
• ICIS[c]	50	Chaque année
Promotion et prévention		
• Promotion et protection de la santé[c]	200	Chaque année
• Prévention des maladies chroniques[b]	125	Chaque année
Ressources humaines en santé		
• Écoles de médecine[c]	160	Chaque année
• Écoles de sciences infirmières et professions connexes[c]	130	Chaque année
• CUSS (études supérieures)[c]	70	Chaque année
Recherche, évaluation et rapports		
• Recherche financée par l'ICIS[c]	440	Chaque année
• Commissaire aux soins de santé[c]	15	Chaque année
• Système national (CCASS)[c]	10	Chaque année
Provision pour éventualités (20 %)	1 000	Chaque année
TOTAL PARTIEL	**5 000**	**Chaque année**

a) Financement fédéral à 90 %.
b) Programme à partage égal des coûts entre le gouvernement fédéral et les provinces et territoires.
c) Financement fédéral intégral.
Source : Voir les chapitres précédents.

Le Comité estime réaliste et raisonnable que le gouvernement fédéral, et donc les Canadiens par la voie de leurs impôts, consacrent cinq milliards de dollars par année, en crédits nouveaux, aux soins de santé de manière continue.

Les montants présentés en regard des différents postes au tableau 15.2 sont des estimations. Les sommes véritablement affectées à la réalisation de différentes fins varieront

sensiblement d'année en année en fonction de l'importance accordée à chaque poste, chaque année. Ces priorités et les montants qui seront affectés à chaque poste devront être établis chaque année par le gouvernement fédéral, sur avis du conseil national des soins de santé décrit aux chapitres un et quatorze.

Les fonds additionnels que le Comité recommande au gouvernement fédéral de consacrer aux soins de santé *doivent impérativement* servir à soutenir le changement. Il convient de souligner qu'environ 30 % des dépenses fédérales additionnelles proposées seront consacrées à l'élargissement de la couverture des services de santé, à la promotion de la santé et à la prévention des maladies. Une autre tranche de 40 % environ servira à optimiser les services des médecins et du réseau hospitalier et à stimuler l'intérêt pour les différentes professions de la santé. Quelque 10 % des dépenses proposées seront affectés à la recherche en santé, à l'évaluation des résultats et à la production de rapports sur le rendement. Pour donner de la souplesse à l'exercice d'investissement fédéral, nous avons prévu une tranche annuelle de 20 % en guise de provision pour éventualités.

Il est également utile de souligner qu'une grande partie des cinq milliards de dollars en argent neuf fédéral couvrira les coûts de transition, lesquels diminueront à mesure que seront mis en œuvre les changements visant à améliorer l'efficience et l'efficacité du régime. Après cinq ou dix ans, les sommes affectées à la transition pourront être redirigées vers d'autres priorités en soins de santé.

Le Comité reconnaît que certaines des mesures qu'il recommande – notamment en ce qui concerne les soins post-hospitaliers à domicile, les soins palliatifs et l'investissement dans les hôpitaux communautaires – nécessitent un partage des coûts avec les provinces et les territoires. Selon nous, ces coûts additionnels ne constitueront pas un fardeau financier supplémentaire important pour les gouvernements provinciaux et territoriaux relativement à ces programmes, étant donné que la part de 50 % que représentent les nouveaux investissements fédéraux recommandés par le Comité *remplacerait* des sommes que certaines provinces et certains territoires dépensent actuellement à cet égard. Cependant, les ressources dont dispose le Comité ne lui permettent pas d'évaluer avec précision l'ampleur exacte des économies pour les provinces et les territoires, ni de calculer l'augmentation des coûts que représentent, pour ceux-ci, les programmes à frais partagés qu'il propose.

Le Comité reconnaît que certaines des mesures qu'il recommande – notamment en ce qui concerne les soins post-hospitaliers à domicile, les soins palliatifs et l'investissement dans les hôpitaux communautaires – nécessitent un partage des coûts avec les provinces et les territoires. Selon nous, ces coûts additionnels ne constitueront pas un fardeau financier supplémentaire important pour les gouvernements provinciaux et territoriaux relativement à ces programmes, étant donné que la part de 50 % que représentent les nouveaux investissements fédéraux recommandés par le Comité remplacerait des sommes que certaines provinces et certains territoires dépensent actuellement à cet égard. (...)Il est donc juste de dire que les recommandations du Comité généreraient au moins 1,5 milliard de dollars d'économies pour les provinces et les territoires.

Qui plus est, dans certaines des recommandations du Comité, les crédits fédéraux remplaceront directement des sommes que les provinces et les territoires seraient autrement forcés de débourser. Par exemple, les crédits neufs fédéraux proposés dans les secteurs des technologies de la santé, des immobilisations des hôpitaux, de la réforme des soins primaires et des ressources humaines – qui représentent quelque 1,5 milliard de dollars – se substitueraient en totalité à des investissements que devraient autrement consentir les provinces et les territoires pour réformer et renouveler leur système de soins de santé. Il est donc juste de dire que les recommandations du Comité généreraient *au moins* 1,5 milliard de dollars d'économies pour les provinces et les territoires. Cette somme s'ajoute aux économies issues des gains d'efficacité et d'efficience réalisés grâce à la réforme que nous proposons. Le Comité s'attend d'ailleurs que ces économies soient substantielles une fois que les changements qu'il recommande seront entièrement opérationnels.

15.2 Sources possibles de financement fédéral accru

De quelle source devraient provenir les nouveaux fonds fédéraux en santé? Le gouvernement fédéral devrait-il simplement augmenter le taux de l'un ou de plusieurs des impôts directs et indirects déjà en place (imposition générale)? Devrait-il prendre de nouvelles mesures fiscales liées spécifiquement au financement des soins de santé, par exemple créer un impôt spécifique pour les soins de santé, imposer les services reçus au même titre que le revenu, percevoir des charges sociales spéciales ou instaurer une prime nationale d'assurance-santé? Le gouvernement fédéral devrait-il également envisager une hausse du financement privé des soins de santé, par l'imposition de droits d'utilisation, la constitution de CES ou d'autres régimes chargeant le particulier d'une partie des coûts des soins qu'il reçoit?

Ces questions sont examinées en détail dans le présent chapitre. Nous y analysons les avantages et les inconvénients de tous les modes envisageables de financement public et privé d'un relèvement de la contribution du gouvernement fédéral aux soins de santé : impôt général, impôt spécifique, prestations de santé imposables, charges sociales et primes d'assurance-santé publique. Nous y abordons également les frais d'utilisation, les CES et le principe du pré-financement des soins de santé.

Pour l'analyse de chacune des sources potentielles de recettes pour le gouvernement fédéral, le Comité utilise le même ensemble de critères : équité, efficience, équité entre les générations, stabilité et visibilité.

- *L'équité* porte principalement sur la redistribution du revenu et la justice sociale. On peut dire qu'il s'agit de la mesure dans laquelle les cotisations au financement de l'assurance-santé sont fondées sur la capacité de payer (redistribution du revenu) et de la mesure dans laquelle l'accès à l'assurance-santé est fondé sur le besoin (justice sociale).
- *L'efficience* a trait à la répartition optimale des ressources. Est efficient un système qui fausse ou inhibe le moins possible les décisions dans le reste de l'économie (il pourrait s'agir par exemple d'une réduction des investissements commerciaux, d'une baisse de la consommation et du niveau de vie, de préjudices causés au marché du travail et à la création d'emplois, de la détérioration de la compétitivité internationale, etc.). L'efficience porte aussi sur le rapport coût-efficacité qui permet de déterminer si les revenus destinés

aux soins de santé sont générés au moindre coût possible, en matière d'administration et de contrôle de la conformité.

- *L'équité entre les générations* compare la distribution des coûts entre les jeunes et les personnes âgées et entre les personnes retraitées et celles qui sont sur le marché du travail.
- *La stabilité* porte sur la prévisibilité du financement futur.
- *La visibilité* renvoie à la capacité des citoyens de faire le lien entre leurs cotisations aux dépenses publiques en santé (pour chaque ordre de gouvernement) et les avantages qu'ils en retirent.

Ces critères ont aidé le Comité à choisir les sources de financement qui semblent le mieux convenir au but recherché, à savoir permettre au gouvernement fédéral de générer des recettes additionnelles à consacrer aux soins de santé.

Le Comité tient à préciser d'entrée de jeu que les nouvelles sources de financement doivent garantir que le système de soins de santé pourra continuer de répondre aux besoins des Canadiens sans empiéter sur le financement d'autres besoins et sans faire porter aux citoyens ou aux entreprises un fardeau fiscal intolérable. Toute nouvelle forme de ponction envisagée doit nuire le moins possible à l'économie, notamment à la création d'emplois et à la croissance des revenus. De plus, les nouvelles sources de recettes doivent rendre les Canadiens plus conscients du lien entre les soins de santé qu'ils reçoivent du régime public et les impôts et taxes qu'ils paient pour les financer.

15.3 Impôts généraux

Actuellement, les crédits fédéraux affectés à la santé proviennent des recettes fiscales générales, lesquelles sont issues des impôts directs et indirects. Les impôts directs, perçus auprès des particuliers, des ménages ou des sociétés, comprennent l'impôt sur le revenu des particuliers et l'impôt des sociétés. Les impôts indirects, perçus sur les transactions et les biens et services vendus, comprennent notamment les taxes de vente, les taxes sur la valeur ajoutée et les taxes d'accise.

Actuellement, aucun des impôts directs et indirects qui sont à la source des recettes fiscales générales du gouvernement fédéral ne fait ressortir le lien entre les impôts payés et les services reçus. C'est d'ailleurs en grande partie pour cette raison que tant de Canadiens considèrent leur système de soins de santé comme gratuit. Les diverses recettes fédérales engendrées par les impôts directs et indirects sont actuellement versées dans un seul fonds : le Trésor. Cela explique qu'il n'existe pas de lien direct entre les impôts payés et les dépenses en santé, malgré le fait qu'une importante part des recettes gouvernementales sert à payer les soins de santé. Ce régime diffère grandement de l'imposition spécifique (voir la section 15.4, ci-dessous), où les recettes fiscales destinées au service visé sont versées dans un fonds particulier réservé à cette fin.

Toutes les formes d'imposition directe et indirecte ont des conséquences diverses en matière d'équité et d'efficience. Les impôts directs perçus auprès des particuliers sont souvent progressifs, c'est-à-dire que le montant à verser augmente avec le revenu, de sorte que les mieux

nantis paient proportionnellement plus que les petits salariés. Il en découle une redistribution des revenus des riches vers les moins fortunés.

Les impôts indirects, comme la taxe de vente, sont habituellement jugés régressifs, étant donné que les sommes versées sont liées à la consommation de biens et services taxables; ainsi, les personnes qui ont des revenus élevés paient proportionnellement moins d'impôts indirects par rapport à leur revenu (mais elles en paient plus, en termes absolus). En effet, les personnes moins fortunées consacrent une part plus grande de leurs revenus à l'achat de biens et services que les plus fortunés, de sorte que le fardeau des taxes à la consommation est plus lourd pour les moins nantis. Cependant, sur l'espace d'une vie, la consommation est à peu près proportionnelle au revenu, pour une large fourchette de revenus; par conséquent, les taxes à la consommation ne sont pas aussi régressives qu'on pourrait le croire à première vue. De plus, diverses mesures de compensation, par exemple le crédit d'impôt pour TPS, peuvent réduire le caractère régressif d'une taxe à la consommation.

Dans son mémoire au Comité, Robert Evans, professeur d'économie de la santé à l'Université de la Colombie-Britannique, donne l'explication suivante :

> *Un impôt est dit progressif lorsque l'obligation fiscale du contribuable augmente plus vite que son revenu, de sorte que les personnes à revenu élevé paient plus d'impôt que les autres en termes absolus et en proportion de leur revenu. Inversement, une imposition régressive fait en sorte que les personnes à faible revenu versent une part plus élevée de leurs revenus en impôts et taxes*[335].

Par conséquent, les répercussions éventuelles de l'imposition générale sur le plan de l'équité dépendent, d'une part, de la structure des régimes d'imposition directe et indirecte du pays et, d'autre part, des recettes relatives perçues par chaque type de taxe[336]. Des études fondées sur des données de l'OCDE indiquent que, dans les pays où les recettes fiscales générales financent la plupart des soins de santé, la combinaison de taxes et d'impôts directs et indirects tend à rendre l'imposition générale légèrement progressive[337].

En 2000, les recettes fiscales du Canada étaient constituées pour 57 % d'impôts directs et pour 43 % d'impôts indirects. Des données montrent également que le régime fiscal canadien est devenu plus progressif au cours de la dernière décennie : en 1993, 49 % des recettes fiscales du Canada provenaient d'impôts indirects[338].

Par rapport à la moyenne dans les autres pays de l'OCDE qui financent leurs soins de santé à même les recettes fiscales, le Canada compte beaucoup sur l'impôt sur le revenu des particuliers[339]. En fait, seuls le Danemark, l'Australie et la Nouvelle-Zélande tirent une part

---

335 Robert Evans, mémoire présenté au Comité le 3 juin 2002, p. 2.

336 Derek Wanless, *Securing our Future Health: Taking a Long-Term View*, Interim Report, novembre 2001, p. 51. (http://www.hm-treasury.gov.uk/Consultations_and_Legislation/wanless/consult_wanless_interimrep.cfm)

337 Elias Mossialos et Anna Dixon, « Funding Health Care in Europe: Weighing up the Options », chapitre douze de *Funding Health Care: Options for Europe*, 2002, p. 272-300.

338 Selon les données de Statistique Canada provenant du CANSIM II, tableau 380-0022.

339 Caroline Chapain et François Vaillancourt, « Le financement des services de santé au Québec », dans *Le système de santé québécois: Un modèle en transformation*, C. Bégin édit., 1999, p. 101-121.

plus grande de leurs recettes fiscales de cet impôt[340]. En ce qui concerne la part relative de l'impôt des sociétés dans les recettes fiscales, le Canada se situe encore là au-dessus de la moyenne des pays qui financent leur système de soins de santé à même les recettes fiscales générales[341]. Enfin, le Canada est légèrement sous la moyenne pour ce qui est de la part des impôts indirects dans les recettes fiscales[342]. Par conséquent, on peut dire que le Canada dispose de l'un des systèmes fiscaux les plus progressifs des pays de l'OCDE.

D'un autre point de vue, cependant, le fait que les taux de l'impôt sur le revenu des particuliers soient significativement plus élevés au Canada qu'aux États-Unis signifie que le Canada est moins intéressant pour les travailleurs qualifiés à hauts revenus. Cette situation a aussi pour effet de faire grimper le coût au Canada des capitaux d'investissement provenant de l'épargne personnelle, ce qui nuit à l'investissement, à la productivité et à la croissance. Voici ce qui a été dit au Comité :

> *Un certain nombre de facteurs (dette publique et dépenses sociales plus élevées) sont susceptibles de faire en sorte que le Canada continuera pendant un certain temps encore à avoir des taux d'imposition du revenu des particuliers plus élevés que les États-Unis, mais il vaudrait mieux éviter de creuser l'écart entre les taux américains et canadiens et, à terme, chercher à réduire cet écart. Par conséquent, on a de bonnes raisons de ne pas trop augmenter l'impôt sur le revenu des particuliers et d'élargir l'écart à ce chapitre entre le Canada et les États-Unis*[343].

De même, on a expliqué au Comité pourquoi il serait difficile et malavisé d'augmenter l'impôt des sociétés pour financer l'augmentation des dépenses fédérales en santé. L'assiette d'imposition des sociétés est non seulement plus petite que l'assiette de l'impôt sur le revenu des particuliers ou que celle des cotisations sociales, mais aussi beaucoup moins stable. Par ailleurs, la hausse des taux d'imposition des sociétés nuirait gravement au rendement des capitaux investis au Canada, ce qui découragerait non seulement l'investissement mais aussi la création d'emplois. Même des entreprises établies pourraient être tentées de quitter le Canada devant une hausse considérable du fardeau fiscal. En général, de nombreux témoins ont fait valoir que l'impôt des sociétés est un véhicule qui ne convient pas pour générer des recettes additionnelles destinées à financer les soins de santé.

Il a été dit au Comité qu'une augmentation de l'impôt fédéral sur le revenu des particuliers nuirait considérablement à l'efficience, au niveau de l'offre de main-d'œuvre, de l'épargne et de l'investissement. Des témoins ont affirmé qu'un impôt sur le revenu est une « double taxe » sur l'épargne, puisque le revenu d'où provient l'épargne est imposé et qu'ensuite l'intérêt gagné sur l'épargne est également frappé d'un impôt.

Quoi qu'il en soit, étant donné que le financement du système de soins de santé par les recettes fiscales générales tire ses revenus d'une large assiette, il contribue à réduire les

---

[340] OCDE (2000), *Revenue Statistics 1965–1999*, tableau 11.
[341] OCDE (2000), tableau 13.
[342] OCDE (2000), tableau 27.
[343] Brown et Haynes (2002), p. 13.

inégalités créées dans l'économie. De plus, le financement des soins de santé par les recettes fiscales générales coûte peu en administration[344].

Dans le cadre d'un système de soins de santé financé à même les recettes fiscales générales, par opposition à un régime financé par des impôts spécifiques, les décisions relatives aux montants à consacrer à la santé nécessitent obligatoirement des compromis avec les autres priorités de dépenses du gouvernement, par exemple les programmes sociaux ou la réduction des impôts et de la dette. Donc, le financement des soins de santé à même les recettes fiscales engendre des négociations sur les dépenses publiques au sein même du gouvernement. Ce processus permet une certaine transparence, mais il a le défaut de lourdement politiser la prise de décisions.

Le financement de la santé à même les recettes fiscales présente l'autre inconvénient de rendre le système de santé vulnérable en période de ralentissement économique ou de compressions budgétaires. Lorsque l'économie ralentit, les recettes fiscales diminuent et les gouvernements sont incités à réduire les dépenses publiques. Cela nuit naturellement à la stabilité du financement des soins de santé. Il convient toutefois de souligner que toutes les recettes fiscales fluctuent au rythme des variations de l'économie et que les recettes générales varient moins que bien des taxes et impôts spécifiques.

Enfin, ce qui pourrait être l'argument le plus important, des témoins ont fait valoir que les impôts directs et indirects n'ont pas le même impact sur les différentes générations, d'où la question de l'équité entre générations. L'impôt sur le revenu prélève une part plus grande des recettes gouvernementales auprès des jeunes actifs que des retraités. Donc, l'augmentation prévue du rapport des retraités à la population active au Canada devrait réduire l'assiette de l'impôt et donc les recettes fiscales. Par conséquent, dans un système de santé financé par des impôts directs, et en particulier par l'impôt sur le revenu des particuliers, les besoins des personnes âgées pourraient être largement subventionnés par la population active plus jeune. À ce sujet, voici ce qu'avait à dire au Comité Jack Mintz, président-directeur-général de l'Institut C.D. Howe :

> *En fait, l'OCDE a estimé qu'avec le vieillissement de la population, le ratio impôts/PIB du Canada baissera de 1,5 point. C'est parce qu'une fois à la retraite, les personnes âgées tendent à gagner un revenu moindre et, par conséquent, à payer moins d'impôts que les travailleurs. Il y a peut-être de meilleures sources de financement des soins de santé parce que la majorité des dépenses qui y sont consacrées sont attribuables aux dernières années de vie des personnes âgées. Par conséquent, à mesure que la population vieillit et que les prestations versées à l'égard des aînés augmentent, les impôts frappant les travailleurs devront augmenter aussi pour financer ces prestations*[345].

Inversement, d'autres intervenants ont dit au Comité que les changements démographiques ont moins d'effet sur les recettes gouvernementales issues de l'imposition indirecte, comme les taxes à la consommation. De plus, l'utilisation des taxes à la consommation pourrait être préférable, du point de vue de l'efficience économique, à l'utilisation de l'impôt sur

---

[344] Derek Wanless (2001), p. 50.
[345] Jack Mintz (62:6).

le revenu des sociétés. David Stewart-Patterson, vice-président principal du Conseil canadien des chefs d'entreprise, a insisté sur ce point :

> *Quiconque examine la politique fiscale doit se rappeler que les taxes et les impôts n'ont pas tous les mêmes incidences économiques. Comme l'évalue le ministère des Finances, un dollar additionnel prélevé en impôt des sociétés peut faire neuf fois plus de dommages à la croissance économique qu'un dollar issu de la taxe de vente. Ainsi, plus le Canada choisira de consacrer d'argent au système public de soins de santé, plus il devra compter sur les taxes à la consommation afin de demeurer compétitif*[346].

Jack Mintz, de l'Institut C.D. Howe, a tenu des propos similaires :

> *[...] les taxes à la consommation [...] n'ont pas trop d'effets de distorsion sur l'économie et [...] tendent à être imposées d'une façon assez efficace. Elles s'appliquent d'une façon plus progressive que l'impôt sur le revenu, par exemple, pendant le cycle de vie parce que le revenu tend à atteindre son maximum pendant la vie active, puis à diminuer progressivement après la retraite. En même temps, la consommation est généralement moindre que le revenu dans les années où les gens économisent, tandis qu'elle augmente par rapport au revenu à la retraite, lorsque les gens puisent dans leur actif pour vivre. Les taxes à la consommation tendent également à être proportionnelles à la consommation des individus pendant leur cycle de vie. On pourrait les rendre progressives au moyen d'un crédit d'impôt semblable au crédit pour TPS qui assure un certain allégement fiscal aux Canadiens à faible revenu*[347].

David Kelly, un ancien sous-ministre de la Santé en Colombie-Britannique, croit également que les taxes à la consommation perturbent moins l'économie :

> *Si la décision a déjà été prise d'augmenter le financement en matière de santé et si la question consiste à déterminer quelle devrait être la source des recettes, j'agirais exactement comme le gouvernement de la Colombie-Britannique lorsqu'il a découvert il y a quelques mois qu'il ne disposait pas des revenus suffisants pour couvrir les coûts des soins de santé en pleine expansion — il a tout simplement augmenté la taxe à la consommation.*
>
> *[...]Premièrement, elle permet d'augmenter rapidement les recettes. Deuxièmement, il faut maintenir l'impôt sur le revenu, l'impôt des sociétés, les charges sociales et ainsi de suite à distance raisonnable des impôts et taxes américains, ce qui impose des restrictions considérables à notre politique. Troisièmement, c'est une taxe visible. Elle forcerait les consommateurs à réaliser les répercussions des augmentations des coûts des soins de santé. Elle pourrait également inciter davantage les consommateurs à tenir compte du facteur coûts, ce qui à mon point de vue serait sain*[348].

---

[346] David Stewart-Patterson, mémoire présenté au Comité le 17 juin 2002, p. 4.
[347] Jack Mintz (62:7).
[348] David Kelly (59:40-41).

Pour résumer, le choix entre l'imposition directe et l'imposition indirecte, comme moyen d'accroître les recettes fédérales destinées à la santé, entraîne obligatoirement des compromis entre l'équité, la justice entre les générations et l'efficience. À la lumière des témoignages reçus, le Comité conclut que le premier objectif devrait être de faire en sorte que tout nouvel impôt soit le plus efficient possible de manière à nuire le moins possible à l'économie (notamment à la création d'emplois et à la croissance économique), puis d'assurer la progressivité du système par des mesures additionnelles comme des crédits d'impôt pour les faibles revenus et des impôts additionnels pour les revenus élevés.

15.4 Impôts spécifiques

Les impôts spécifiques sont des impôts affectés à un usage déterminé. Ils peuvent être directs ou indirects. Un impôt réservé aux soins de santé présente plusieurs avantages par rapport aux recettes fiscales générales. Il a des chances d'être mieux accepté que d'autres ponctions fiscales puisqu'il est clairement rattaché à une utilisation qui profite à la population. Le fait de créer un lien véritable entre la perception d'un impôt et une dépense rend le financement de la santé plus transparent et plus souple. De plus, le prélèvement d'un impôt spécifique permet aux gens de se sentir davantage interpellés par le régime fiscal, chose qui peut inciter les fournisseurs de soins et les établissements à améliorer la qualité et l'accessibilité des services. Enfin, les recettes d'impôts spécifiques pourraient être plus stables, car elles sont moins exposées aux aléas des décisions politiques relativement à l'affectation des ressources financières de l'État.

De nombreux témoins ont présenté de solides arguments pour l'instauration d'impôts spécifiques. Selon eux, c'est la solution que souhaitent les Canadiens. Par exemple, le docteur Les Vertesi, directeur du service de médecine d'urgence au Royal Columbian Hospital de Vancouver, a dit ceci au Comité :

> *Je crois que le public est prêt à investir plus d'argent dans son réseau public de la santé, mais pas pour des taxes qui se retrouvent dans les recettes générales. C'est une question de confiance. Le bilan des administrations gouvernementales qui imposent le revenu des gens, puis garantissent que l'argent recueilli sera consacré à certains services désignés n'est pas reluisant — tout au moins c'est la perception. Le lien de confiance a été rompu. Les gens ne veulent pas donner de l'argent aux pouvoirs publics et constater que celui-ci ne fait que disparaître. Ils sont prêts à le faire si on les rassure sur le fait que l'argent ira aux soins de santé, et surtout aux soins de santé locaux*[349].

Les impôts spécifiques présentent un certain nombre d'inconvénients. En effet, tous les impôts qualifiés de spécifiques ou présentés comme tels ne sont pas nécessairement destinés à un usage concret. Cela est particulièrement vrai lorsque les recettes d'un impôt spécifique sont groupées avec d'autres recettes fiscales. Cette fusion de recettes affaiblit le lien entre les recettes et les dépenses et, par voie de conséquence, mine l'assurance qu'a la population de voir son argent servir à la fin prévue. Pour qu'un impôt soit efficacement spécifique ou affecté à une fin, il faut que les recettes qu'il génère soient versées dans un fonds spécifique et non pas au Trésor.

---

[349] Dr Les Vertesi (53:62).

Le fait d'affecter des impôts à des fins particulières rigidifie le processus budgétaire du gouvernement, car les dépenses affectées au programme visé sont déterminées par les recettes réalisées et non pas par des décisions stratégiques. Un autre inconvénient tient au fait que les recettes tirées d'un seul impôt spécifique peuvent être cycliques et sujettes à des variations suivant les accélérations et les ralentissements de l'économie.

Également, le fait de séparer les soins de santé des autres postes de dépense pourrait constituer un encouragement à financer distinctement d'autres postes budgétaires au moyen d'impôts spécifiques. Si une telle tendance touchait un certain nombre de domaines, le gouvernement finirait par avoir du mal à entretenir un Trésor suffisant pour acquitter les coûts des programmes gouvernementaux nécessaires mais moins populaires, notamment l'aide à l'étranger. Il serait donc irréaliste d'instaurer un grand nombre d'impôts spécifiques.

Dans le volume quatre, le Comité présente une solution en vertu de laquelle les coûts des soins de santé reçus par un particulier au cours d'une année sont considérés comme un avantage imposable pour cet exercice. Ainsi, un particulier paierait de l'impôt sur le coût des services de santé qu'il a reçus, à concurrence d'un certain montant annuel. Ce mode d'imposition générerait des recettes additionnelles pour les soins de santé et favoriserait une responsabilisation des gens vis-à-vis de la consommation des soins de santé[350]. Selon cette solution, qui est une forme d'impôt spécifique, un particulier devrait ajouter le coût des services de santé qu'il a reçus au cours de l'exercice à son revenu imposable. Cette option est préconisée depuis quelques années, notamment par Jack Mintz et coll. (1998)[351], Tom Kent (2000)[352] et, tout dernièrement, par Mintz, Aba et Goodman (2002)[353].

Selon le plan proposé par Mintz, Aba et Goodman, les particuliers paieraient un impôt de 40 % sur les coûts des soins de santé qu'ils engendrent au cours d'un exercice, jusqu'à un plafond équivalant à 3 % de leur revenu annuel. Les familles dont les revenus sont inférieurs à 10 000 $ par année seraient exemptées de cet impôt pour les coûts des services reçus du système public de soins de santé. Dans ce type de système, un particulier cotise proportionnellement à l'utilisation qu'il fait des services de santé, jusqu'à concurrence de 3 % de son revenu.

Mintz, Aba et Goodman font valoir que, en établissant un rapport entre la cotisation du particulier et les services qu'il utilise effectivement, et en encourageant les utilisateurs à penser aux coûts, on pourrait utiliser les ressources en santé de manière plus efficiente. Les auteurs estiment également que le fait de limiter les cotisations du particulier à 3 % de son revenu annuel garantirait que les coûts demeurent abordables pour le contribuable et donc que personne ne risque d'être privé de services de santé nécessaires. En outre, ce système éviterait que les coûts de la santé ne constituent pour un contribuable donné un fardeau excessif.

En s'inspirant de données sur l'utilisation des soins de santé, Mintz, Aba et Goodman ont estimé que 62 % des Canadiens paieraient la cotisation maximale de 3 % de leur

---

350 Volume quatre, p. 63-64.

351 Jack Mintz, Michael Gordon et Duanjie Chen, « Funding Canada's Health Care System: A Tax-Based Alternative to Privatization », dans le *Journal de l'Association médicale canadienne*, 8 septembre 1998, p. 493-496.

352 Tom Kent, *What Should Be Done About Medicare*, The Caledon Institute of Social Policy, août 2000.

353 Jack Mintz, S. Aba et W.D. Goodman (2002), « Funding Public Provision of Private Health: The Case for a Copayment Contribution through the Tax System », *C.D. Howe Institute Commentary – The Health Papers*, no. 163.

revenu annuel. Mises ensemble, ces cotisations généreraient des recettes additionnelles de 6,6 milliards de dollars (soit environ 16 % du total des dépenses publiques affectées aux médecins, aux hôpitaux et aux autres établissements de santé). Selon leurs calculs, la perception de cet impôt ferait diminuer de 13,5 % l'utilisation des services de santé, ce qui représente une économie de 6,3 milliards de dollars. Les auteurs croient que les coûts administratifs additionnels seraient minimes, car les cotisations seraient prélevées par le truchement du système de perception des impôts provinciaux et territoriaux.

Un certain nombre de témoins ont présenté de propositions semblables à celle de Mintz et coll. Par exemple, Paul Darby, directeur des prévisions économiques au Conference Board du Canada, a dit ceci :

> *[Cette solution] est très intéressante en ce sens qu'elle fait comprendre aux utilisateurs du système ce que coûtent les soins de santé. Elle présente aussi l'avantage de lier ces coûts à un paiement — du moins jusqu'à un certain point. Je ne suis pas sûr qu'elle règle le problème de la redistribution ou du transfert du fardeau aux membres les plus défavorisés de la société*[354].

La solution consistant à prélever un impôt sur les services de santé serait garante de visibilité, sans compter qu'elle améliorerait sensiblement la stabilité du financement du système de soins de santé. Une telle solution aurait un impact semblable, d'une certaine manière, à l'imposition directe pour ce qui est de l'efficience et des distorsions économiques. Cependant, elle amènerait le Canada à dépendre davantage de l'impôt sur le revenu des particuliers, lequel est déjà bien plus lourd ici que dans les autres pays de l'OCDE.

L'argument le plus probant présenté au Comité contre les services de santé imposables veut que certaines personnes auront l'impression de payer deux fois les soins qu'elles reçoivent : une fois par l'imposition générale et une autre fois par l'impôt qu'elles doivent verser au titre des services de santé consommés durant l'année. L'argument du « double paiement » a convaincu le conseil consultatif du premier ministre de l'Alberta sur la santé de ne pas retenir cette solution[355].

On a proposé au Comité une manière relativement efficiente de générer de nouvelles recettes fédérales pour les soins de santé : réserver une partie d'une taxe à la consommation, par exemple la TPS. La TPS est la principale taxe à la consommation fédérale au Canada. Selon de nombreux témoins, il s'agit d'une taxe relativement efficiente; en raison de son champ d'application large et généralement neutre, la TPS est l'impôt à la consommation que l'on pourrait le plus facilement relever pour payer les dépenses additionnelles du gouvernement fédéral en santé.

Cependant, cette solution serait sensiblement plus régressive que l'imposition des services de santé. Quoi qu'il en soit, le projet d'affecter une hausse de la TPS au paiement des soins de santé a été accueilli favorablement par un grand nombre d'intervenants au cours des audiences du Comité. Par exemple, Paul Darby a expliqué ce qui suit :

---

[354] Paul Darby (59:17).
[355] Rapport Mazankowski, p. 55.

[...] la position du Conference Board en ce qui concerne la façon d'assurer le financement du système de soins au cours des 30 prochaines années a tendance à favoriser le recours accru aux taxes de consommation, comme la TPS. À notre avis, il faut essayer d'éviter des taxes et impôts qui touchent le travail, c'est-à-dire l'impôt sur le revenu et les charges sociales. Pour nous, les taxes de consommation auraient sans doute l'effet démobilisateur le moins important de toutes les options qu'on pourrait envisager en matière de fiscalité. [...] Nous souhaitons qu'il y ait une corrélation directe entre l'impôt et les dépenses engagées au titre des soins de santé, dans l'espoir que ce type d'impôt soit beaucoup plus facile, sur le plan politique, à faire accepter par la population[356].

M. Darby a dit que des remises aux Canadiens à faible revenu, comme le crédit pour la TPS, pourraient être offertes dans le cadre d'une TPS spécifique et majorée, afin d'améliorer l'équité et la progressivité du régime. De plus, si ces remises étaient structurées sur le modèle du crédit pour TPS, elles feraient peu augmenter les coûts d'administration.

15.5 Charges sociales

Dans beaucoup de pays de l'OCDE (notamment en Allemagne et aux Pays-Bas), le financement public des soins de santé se fait par le truchement de charges sociales spécifiques. Les cotisations sont habituellement obligatoires et concernent les salariés et les employeurs. Elles sont prélevées sur les salaires et conservées (dans une « caisse d'assurance-maladie ») par un organisme indépendant du gouvernement. Le principal intérêt des charges sociales spécifiques (ou « caisses d'assurance sociale ») qui existent dans bon nombre de pays de l'OCDE tient à l'indépendance de l'assureur vis-à-vis du gouvernement et à l'impression de souplesse qu'il donne au patient ou consommateur.

Au Canada, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux utilisent déjà des charges sociales spécifiques sous une forme ou une autre. À l'échelon fédéral, il s'agit des cotisations à l'assurance-emploi et au Régime de pensions du Canada (le RPC et la RRQ sont de responsabilité fédérale et provinciale). Les charges sociales provinciales comprennent les cotisations aux commissions de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (dans chaque province) et les impôts au titre du système de santé et de l'éducation postsecondaire (au Québec, au Manitoba, en Ontario, à Terre-Neuve et dans les Territoires du Nord-Ouest), quoi que le produit de ces derniers ne soit pas réservé à un usage spécifique.

Une charge sociale dont le produit est réservé au financement des soins de santé offre les avantages déjà cités pour les impôts spécifiques. Par exemple, elle peut être versée dans un fonds distinct. Elle est très visible et transparente, de sorte qu'elle est mieux acceptée par la population. En d'autres mots, en raison de la plus grande transparence inhérente à un régime de charges sociales, les gens résistent moins à une hausse des cotisations qu'à une hausse des impôts généraux. De plus, les recettes issues des charges sociales sont, du moins en théorie, davantage protégées de l'ingérence politique annuelle, étant donné que les décisions budgétaires et de dépenses peuvent être confiées à des organismes indépendants. Il est tout aussi important de souligner que, en n'imposant que le revenu du travail, on évite de nuire à l'épargne et à l'investissement. Enfin, les recettes issues des charges sociales semblent plus stables. À ce point de vue, voici ce qu'indique un rapport publié récemment :

---

[356] *Ibid.*, (59:5).

En Belgique, où les soins de santé sont financés à parts presque égales par les impôts et les cotisations à l'assurance sociale, la variation de la croissance annuelle moyenne a été plus grande pour les recettes de source gouvernementale que pour les autres. [...] En d'autres mots, les dépenses gouvernementales en santé ont fluctué davantage que les recettes de l'assurance sociale. [...] Par conséquent, si l'on compte davantage sur l'impôt général que sur les cotisations sociales, les recettes seront moins stables[357].

Cependant, l'affectation de charges sociales à une fin précise présente un certain nombre d'inconvénients. Les employeurs sont habituellement tenus de cotiser à une partie des coûts de l'assurance-santé, ce qui fait monter les coûts de main-d'oeuvre, nuit à la création d'emplois et réduit la compétitivité internationale de l'économie nationale. De plus, les charges sociales reposent sur une assiette relativement petite (le revenu du travail des salariés). Par conséquent, il faudrait porter le taux des charges sociales à un niveau relativement élevé pour obtenir le même produit que l'impôt général sur tous les revenus. Cela explique sans doute pourquoi les recettes fiscales générales sont une importante source complémentaire de revenus dans les pays disposant d'un régime à charges sociales affectées à la santé. Dans ces pays, une partie du produit des impôts généraux est habituellement virée à des caisses d'assurance-santé pour couvrir les cotisations des inactifs. Les recettes fiscales générales peuvent également couvrir les déficits des caisses publiques d'assurance-santé constituées à même les charges fiscales.

Contrairement à l'impôt général, les charges sociales peuvent aussi nuire à la mobilité des travailleurs; en effet, les salariés peuvent hésiter à passer à un emploi non couvert (par exemple un travail autonome) par crainte d'avoir à verser des cotisations plus élevées ou de recevoir moins d'avantages (comme c'est le cas aux États-Unis).

Dans le cadre du Plan Juppé, en France, on a entre autres invoqué l'effet néfaste possible des charges sociales sur l'industrie pour justifier la diversification des sources de financement et réduire les cotisations employeur-salariés au profit d'un système reposant sur l'impôt sur le revenu. Plus précisément, le gouvernement français a considérablement abaissé le taux de cotisation des salariés (de 5,5 % en 1997, il est passé à 0,75 % en 2000) et a affecté la totalité de la contribution sociale généralisée aux soins de santé (le taux de ce prélèvement est passé de 3,4 à 7,5 % du revenu des particuliers). Les gouvernements de l'Italie et de l'Espagne sont allés encore plus loin en abandonnant complètement le financement du système de santé par les charges sociales au profit des recettes fiscales générales.

Une autre critique formulée à l'encontre des charges sociales, eu égard à l'efficience, veut que les différentes caisses maladie européennes chargées de percevoir et de gérer les cotisations des employeurs et des salariés soient peu encouragées à limiter les coûts, car elles ont la possibilité de hausser les taux de cotisation. Par ailleurs, l'existence dans certains pays de caisses multiples et le manque d'intégration à l'achat des services de santé engendrent souvent des coûts d'administration élevés.

On peut également faire valoir que le financement des soins de santé par les charges sociales est aléatoire en période de ralentissement économique du fait que les réductions de revenus associées à la baisse de l'emploi et au gel des salaires font baisser les cotisations aux caisses d'assurance-maladie. En outre, le fait que le fardeau du financement reposerait sur les

[357] Mossialos et Dixon (2002), chapitre douze, p. 285.

employeurs et les salariés pourrait avoir des effets néfastes graves sur certains secteurs de l'économie à forte intensité de main-d'œuvre.

Enfin, en ce qui concerne l'équité, des informations provenant d'Allemagne et des Pays-Bas indiquent que le financement des soins de santé par les charges sociales tend à être régressif. Cela s'explique probablement par la nature des deux systèmes, qui permettent aux personnes qui gagnent plus et qui possèdent déjà une assurance-santé privée de ne pas cotiser au régime public.

Les charges sociales ont aussi ceci de particulier qu'elles ont un moindre impact sur l'économie canadienne dans son ensemble que les autres types de prélèvements. Des calculs préliminaires effectués par le ministère des Finances indiquent qu'un dollar additionnel en recettes fiscales perçu par le truchement des charges sociales coûte à l'économie 0,27 $ en production perdue. Par comparaison, la perte de production est de 1,55 $ pour chaque dollar additionnel d'impôt sur les sociétés et de 0,56 $ pour chaque dollar additionnel d'impôt sur le revenu des particuliers. Il est prouvé que la taxe de vente est le véhicule qui a le moins d'effet sur la production, à savoir seulement 0,17 $ pour chaque dollar additionnel perçu[358]. Dans le contexte de la compétitivité internationale, il reste une certaine marge de manœuvre au Canada pour l'imposition d'autres charges sociales : des données de l'OCDE indiquent que cette forme d'imposition est moins exploitée au Canada que dans d'autres pays industrialisés[359].

Cependant, les charges sociales ont un impact semblable à celui causé par l'imposition des revenus sur le plan de l'équité entre générations, sauf que l'effet est encore pire, car le fardeau est porté entièrement par les jeunes travailleurs.

15.6 Prime nationale d'assurance-santé

Une prime d'assurance-santé est un montant forfaitaire fixe versé par une personne ou une famille afin de financer des services de santé assurés. Dans certains régimes, les primes d'assurance-santé sont des montants fixes versés indépendamment du revenu et de l'utilisation du système de soins de santé. Ce genre de cotisation est en usage en Colombie-Britannique et en Alberta; à noter qu'il existe dans ces deux provinces des exemptions pour les personnes et les familles à faible revenu.

Ce mode de financement est jugé relativement efficient pour deux raisons : le fardeau financier est réparti sur une large base (l'ensemble de la population) plutôt que parmi les personnes qui ont un emploi, comme c'est le cas de la plupart des régimes de charges sociales. Cela signifie que toutes les branches de l'économie sont traitées également; de plus, comme les primes sont les mêmes pour tous, les gens ont peu de raisons de modifier leur comportement (que ce soit de consommer plus ou moins ou de travailler plus ou moins). En outre, les primes d'assurance-santé ne font pas de distinction entre jeunes et vieux, d'où leur équité entre les générations.

---

[358] Ministère des Finances, données présentées par l'OCDE (*OECD Economic Surveys – Canada 1997*), novembre 1997.

[359] OCDE, *Revenue Statistics 1965-2000*, 2001.

[...] Que les gens travaillent ou non, tout le monde paierait la prime. Cette forme d'imposition entraînerait le moins de distorsions et tiendrait le plus compte des effets démographiques attendus à l'avenir[360].

Une prime forfaitaire d'assurance-santé n'a pas d'effet sur les taux marginaux d'imposition du revenu, comme en aurait une hausse de l'impôt sur le revenu des particuliers; elle a par conséquent moins d'effet sur l'épargne et l'investissement.

Pour ce qui est de l'équité, des primes forfaitaires d'assurance-santé publique auraient tendance à frapper plus durement les personnes à faible revenu, bien qu'il soit possible d'envisager des mesures d'atténuation des impacts. Également, les salariés moyens verseraient les mêmes primes que les riches, de sorte que les primes forfaitaires sont manifestement régressives, car elles profitent davantage aux personnes à revenu élevé. En revanche, elles profitent aux personnes qui ont de grands besoins en soins de santé, lesquelles versent les mêmes primes que les personnes qui utilisent peu le système de soins de santé.

Dans l'ensemble, les caractéristiques équitables d'un système financé par des primes forfaitaires semblent plutôt limitées. On a dit au Comité que, pour plus d'équité, il faudrait que les primes soient liées aux revenus d'une manière ou d'une autre et que certaines tranches de la population en soient exemptées. Il a été proposé récemment dans le rapport Mazankowski (2001), *A Framework for Reform*, produit pour le premier ministre de l'Alberta, d'utiliser des primes variables adaptées aux niveaux de revenus.

Dans son mémoire au Comité, David Kelly présente un long exposé sur les avantages d'un régime de cotisations nationales d'assurance-santé.

Il se pourrait que le gouvernement fédéral doive générer des recettes additionnelles pour soutenir le système des soins de santé, et un régime fédéral de primes d'assurance-santé constituerait un moyen de percevoir de l'argent d'une manière qui rende visible la contribution financière du gouvernement fédéral.

(...) Les régimes provinciaux en vigueur en Alberta et en Colombie-Britannique génèrent d'importantes recettes pour ces gouvernements. Les primes sont fixes et leur paiement est obligatoire et universel; elles sont réduites ou éliminées pour les petits revenus, mais n'ont pas de lien avec l'admissibilité à un programme (un paiement omis ou en retard n'entraîne pas la cessation des services à la personne ou à la famille). Les primes sont perçues dans la mesure du possible par retenues à la source, le solde étant entièrement facturé aux résidents de la province. Les coûts administratifs de la perception des primes par un mécanisme distinct du régime de l'impôt sur le revenu ne sont pas négligeables.

(...) Dans l'éventualité d'un régime fédéral de primes d'assurance-santé, il serait certainement judicieux de percevoir les primes par le truchement du système de l'impôt sur le revenu, plutôt qu'au moyen d'une procédure administrative distincte. Autrement dit, la perception se ferait à la source, au moyen de paiements trimestriels et un

[360] Jack Mintz (62:7).

rapprochement annuel pourrait être fait dans le cadre de la structure existante de perception des impôts; cela vaudrait mieux que d'envoyer à toutes les familles une facture mensuelle ou trimestrielle. Cette prime peut prendre différentes formes; il peut s'agir d'un montant forfaitaire identique pour tout le monde ou encore d'un montant forfaitaire avec mesures d'atténuation pour les petits revenus, comme c'est le cas dans les deux provinces qui disposent d'un tel régime; il peut également s'agir d'un impôt additionnel imposé proportionnellement ou autrement, après l'impôt sur le revenu. Ces différentes formules ont chacune leurs conséquences en matière d'équité. Il convient de se rappeler que le financement du programme universel des soins de santé au Canada comporte un important élément de redistribution du revenu. Toute mesure destinée à financer le système en partie au moyen d'une prime moins progressive que les sources actuelles de financement affecterait la nature de cette répartition des revenus et allongerait de ce fait la liste des critères dont le Comité doit tenir compte[361].

En conclusion, les primes pourraient constituer un moyen visible et équitable de générer des recettes pour les fins du financement des soins de santé, à condition qu'elles soient structurées de manière à assurer leur progressivité (c'est-à-dire, qu'elles varient en fonction du revenu).

15.7 Frais d'utilisation

Les frais d'utilisation sont habituellement définis comme une forme de paiement (couvrant une portion du coût du service) effectué par le consommateur d'un service de santé au moment où le service est fourni. Il s'agit donc d'un coût initial imposé au patient. Dans le volume quatre de son étude sur les soins de santé, le Comité a décrit les différentes formes de frais d'utilisation :

- La coassurance, la façon la plus simple d'imposer des frais d'utilisation, consiste pour le patient à payer un pourcentage fixe (disons 5 %) du coût des services reçus. Plus le coût du service est élevé, plus le montant à débourser est élevé. De nombreux régimes privés d'assurance-médicaments optent pour cette formule.

- La quote-part est une autre option. Au lieu de payer une partie des coûts, le patient doit payer pour chaque service un montant fixe (par exemple 5 $) qui n'a pas nécessairement de rapport avec le coût du service. Le montant perçu demeure uniforme quel que soit le coût du service fourni. Cette formule existe dans bien des pays, dont la Suède.

- Dans un régime de franchises, le patient doit payer le coût total des services reçus pendant une période donnée jusqu'à concurrence d'un plafond, la franchise. Au-delà de ce plafond, les coûts des services fournis sont couverts par le régime d'assurance. Tous les utilisateurs doivent payer une franchise minimale uniforme qui ne dépend pas de la quantité de services reçus. Cette forme de frais d'utilisation est utilisée dans certains pays[362].

---

[361] David Kelly, mémoire présenté au Comité, p. 2-3.

[362] Volume quatre, p. 65.

Certains commentateurs ont indiqué que des frais d'utilisation d'un montant relativement modeste pourraient être un moyen utile de dissuader la consommation excessive de services de santé et de responsabiliser des gens à l'égard de l'utilisation du système. Toutefois, la plupart des auteurs de documents sur le sujet concluent que les frais d'utilisation dissuadent certaines personnes de se procurer des soins même nécessaires, phénomène qui s'observe surtout chez les pauvres. Le professeur Robert Evans a déclaré au Comité que les frais d'utilisation soulèvent d'importantes questions d'accessibilité et d'équité :

> *Un fait est bien connu et amplement recensé : une proportion relativement faible de la population consomme une forte proportion des services de santé, observation qui vaut tant pour les périodes ponctuelles que pour les longues périodes. Une étude récente menée en Colombie-Britannique qui paraîtra bientôt montre que la tranche de cinq pour cent de la population adulte qui fait le plus grand usage des services des médecins (mesuré en termes de facturation en dollars) non seulement était à la source de 33,7 % de la facturation totale, mais faisait aussi l'objet de 43,5 % des admissions dans les hôpitaux et se voyait attribuer 69,3 % des journées d'hospitalisation. Ces personnes étaient en général assez malades, le plus souvent atteintes d'affections graves et multiples. Elles étaient aussi en moyenne plus vieilles – près de la moitié avaient plus de 60 ans –, provenaient des quartiers les plus pauvres et affichaient un taux de mortalité neuf fois plus élevé que celui de la population en général. Pour la plupart d'entre elles, il ne semblait pas y avoir de possibilité réaliste qu'elles puissent payer plus de la moitié des coûts dont elles étaient à l'origine, en supposant qu'une distribution aussi asymétrique du fardeau financier soit acceptable pour le reste de la population*[363].

Le Comité a examiné les témoignages relatifs aux frais d'utilisation au Canada et a conclu que l'accès aux services hospitaliers et aux services fournis par les médecins ne devrait pas dépendre du revenu ou de la richesse de chacun.

Il importe de souligner que le Canada est le seul pays industrialisé qui interdit l'imposition de frais d'utilisation relativement à des services de santé couverts par l'assurance-santé publique. Bien que cette forme de financement soit utilisée ailleurs, après étude de la situation au Canada, le Comité a conclu, dans le volume cinq de son étude, que l'accès aux services hospitaliers et aux services fournis par les médecins ne devrait pas dépendre du revenu ou de la richesse de chacun[364]. Nous avons expliqué que la plupart des dépenses et des pertes imputables au système de soins de santé n'étaient pas le fait des patients, car les décisions qui donnent lieu à ces dépenses sont prises par les prestataires de soins de santé pour le compte de leurs patients; elles ne sont pas prises par les patients eux-mêmes. De plus, le Comité a été informé du fait que l'adoption de frais d'utilisation minimes pourrait donner lieu à des coûts administratifs qui seraient quasi égaux aux revenus générés par ces frais.

Pour toutes ces raisons, le Comité a énoncé dans le volume cinq le Principe dix-huit, selon lequel s'il faut certes instituer des mécanismes pour encourager les patients à faire

---

[363] Robert Evans, mémoire présenté au Comité le 3 juin 2002, p. 6.
[364] Volume cinq, p. 57.

un usage aussi efficace que possible des services hospitaliers et des services des médecins, ces mécanismes *excluent* l'imposition de frais d'utilisation.

Certaines formes de paiement pourraient toutefois être imposées aux patients dans le cadre de la mise en oeuvre de la réforme des soins de santé primaires proposée par le Comité au chapitre quatre. Elles ne seraient pas étiquetées comme des frais d'utilisation mais plutôt comme des « frais d'orientation ». Lorsque les médecins de soins primaires renvoient des patients à des spécialistes, les patients n'ont aucun frais à payer. Si un patient décide de lui-même de prendre rendez-vous avec un médecin spécialiste sans lui avoir été renvoyé, il devrait être responsable d'une partie ou de la totalité des frais associés à cette consultation. Cette formule de paiement par le patient est en vigueur au Danemark.

15.8 Comptes d'épargne-santé

Comme l'explique le Comité dans le volume trois de son étude, les comptes d'épargne-santé (CES) sont des comptes analogues à un compte en banque, mais ils servent à payer les dépenses de soins de santé d'une personne ou d'une famille[365]. Ils sont souvent établis conjointement à une assurance-santé servant à couvrir des coûts exorbitants (avec franchise élevée). Les sommes investies dans un CES appartiennent au titulaire du compte, qui en dispose comme il l'entend, s'accumulent en franchise d'impôt et ne sont pas imposées si elles sont utilisées pour fins de soins de santé. Le titulaire du compte peut employer à d'autres fins les sommes inutilisées.

Les CES nécessitent trois niveaux de paiement. Tout d'abord, l'argent contenu dans le compte est utilisé pour couvrir des dépenses de santé normales. Par la suite, si le compte est épuisé mais que la franchise n'est pas atteinte, l'intéressé paie ses dépenses lui-même. Enfin, le régime public d'assurance-santé couvre les dépenses qui excèdent la franchise.

Quelques pays, notamment Singapour, l'Afrique du Sud et certaines parties des États-Unis, ont recours à ce système. La théorie générale qui sous-tend les CES veut que les consommateurs prennent des décisions plus judicieuses et rentables s'ils ont à dépenser leur propre argent, plutôt que de se fier aux services « gratuits » financés par l'État. Par conséquent, les CES limiteraient (ou élimineraient) l'utilisation inutile des services de santé, freineraient l'augmentation des dépenses publiques au chapitre de la santé et encourageraient l'efficacité.

Ces dernières années, plusieurs formules de comptes d'épargne-santé (CES) ont été proposées au Canada[366]. Vu l'intérêt d'un grand nombre de Canadiens pour les CES, le Comité a examiné la documentation à ce sujet et s'est entretenu avec un certain nombre de personnes et de spécialistes. Selon l'information recueillie, nous sommes d'avis qu'un tel mécanisme ne conviendrait pas à notre système public de soins de santé dispensés par les hôpitaux et les médecins.

---

365 Volume trois, chapitre sept, p. 62.

366 Voir les documents suivants : 1) William McArthur, Cynthia Ramsay et Michael Walker, éd., *Healthy Incentives: Canadian Health Reform in a Canadian Context*, The Fraser Institute, 1996; 2) Cynthia Ramsay, « Medical Savings Accounts », *Critical Issues Bulletin*, The Fraser Institute, 1998; 3) David Gratzer, *Code Blue – Reviving Canada's Health Care System*, ECW Press, 1999; 4) Dennis Owens et Peter Holle, *Universal Medical Savings Accounts*, Frontier Centre for Public Policy, Policy Series No. 5, juillet 2000.

D'abord, les spécialistes ne s'entendent pas sur l'incidence des CES sur l'état de santé de la population et sur les coûts des soins. Certains soutiennent que les CES augmentent le choix offert aux consommateurs, encouragent les patients à faire un usage plus prudent des services et réduisent les dépenses de santé. D'autres avancent que les CES ne procurent au mieux que de petites économies, segmentent le risque sur le marché de l'assurance, font augmenter les coûts et ont une incidence négative sur la santé, puisque les gens, en particulier les pauvres et les malades, se priveront de soins de santé nécessaires. De plus, les études les plus récentes révèlent que les connaissances actuelles sur les CES sont trop limitées pour qu'on puisse recommander leur adoption dans le système canadien de soins de santé[367].

Toutefois, c'est la question de l'incidence sur l'équité qui préoccupe le plus le Comité. Tout comme les frais d'utilisation, les CES transfèrent directement du gouvernement aux patients une partie de la responsabilité des dépenses de santé et ce, d'une manière qui impose un fardeau disproportionné aux pauvres et aux personnes malades, qu'elles soient riches ou pauvres. En fait, les CES réduisent le subventionnement actuel des démunis par les nantis. Une étude récente montre que si les CES étaient mis en oeuvre au Manitoba, 20 % des résidents les plus malades de cette province devraient assumer personnellement des coûts de plus de 60 millions de dollars en soins de santé[368].

Dans le volume quatre, le Comité a indiqué qu'on pourrait d'abord envisager l'application des CES dans une sphère limitée, par exemple pour le paiement des services dans des établissements de soins de longue durée, où les bénéficiaires assument déjà eux-mêmes une large part des frais. Toutefois, les CES *ne doivent pas* être mis en application dans le champ plus large des soins de santé actuellement couverts par l'assurance-santé.

Par conséquent, le Comité croit fermement que le financement des services hospitaliers et des services fournis par les médecins qui sont nécessaires d'un point de vue médical doit continuer de relever d'un programme d'assurance-santé financé et géré par l'État, ce qui est conforme au Principe quatre énoncé dans le volume cinq : « Les services de santé couverts par la *Loi canadienne sur la santé* sont assurés par l'État. Les autres services de santé continuent d'être financés à partir de sources publiques et privées, comme c'est déjà le cas[369]. »

Le Comité croit fermement que le financement des services hospitaliers et des services dispensés par les médecins qui sont nécessaires d'un point de vue médical doit continuer de relever d'un programme d'assurance-santé financé et géré par l'État.

15.9 Financement anticipé des soins de santé

Dans le contexte du vieillissement de la population, l'option du financement anticipé des soins de santé gagne en popularité. Le financement anticipé consiste à mettre dès aujourd'hui des fonds de côté pour couvrir en totalité ou en partie l'augmentation prévue des

---

[367] Samuel E.D. Shortt, « Medical Savings Accounts in Publicly Funded Health Care Systems: Enthusiasm versus Evidence », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 167, nº 2, 23 juillet 2002, p. 159-162.

[368] Evelyn L. Forget, Raisa Deber et Leslie L. Roos, « Medical Savings Accounts: Will They Reduce Costs? », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 167, nº 2, 23 juillet 2002, p. 143-147.

[369] Volume cinq, p. 21.

coûts de santé, afin de maintenir le rapport des dépenses de santé au PIB à un niveau relativement stable. Le surplus des recettes accumulées maintenant grâce à ce financement anticipé serait placé dans un compte spécial, auquel on aurait accès plus tard à des fins de stabilisation.

Malheureusement, le financement intégral du régime par anticipation coûte très cher, même lorsque la stabilisation est étalée sur une période de 30 à 40 ans. En outre, comme la population du Canada est en plein processus de vieillissement, il pourrait être difficile dans l'immédiat de faire accepter la mise en oeuvre d'un plan de financement anticipé à long terme à l'heure où l'on sent l'urgence de faire face à l'augmentation imminente des coûts du régime. Par ailleurs, comme dans le cas des prélèvements fiscaux à affectation déterminée, on pourrait aussi se demander pourquoi seuls les coûts des soins de santé devraient faire l'objet d'un financement anticipé, puisque d'autres coûts aussi sont affectés par le vieillissement de la population.

Certains pensent qu'il vaudrait peut-être mieux envisager un financement anticipé partiel, limité par exemple aux coûts des services de santé destinés aux personnes âgées, comme les soins à domicile et les soins en établissement qui ne sont pas assumés par l'État actuellement. On pourrait pour ce faire instituer un régime public financé à même les recettes fiscales courantes ou confier le tout à des régimes privés d'assurance-santé. Un tel mécanisme (comparable aux CES) aiderait les gens à économiser en vue de leurs dépenses de santé futures en maximisant leurs avantages fiscaux, surtout si les cotisations sont déductibles et si les revenus tirés des fonds accumulés demeurent à l'abri de l'impôt. En bout de ligne, le financement anticipé économiserait de l'argent au système public de soins de santé du fait que celui-ci n'aurait plus à subventionner une partie des consommateurs de ces services.

Au Québec, une variante de cette approche a été proposée par la commission Clair, qui recommandait qu'un fond à gestion distincte soit créé en vue du financement anticipé des coûts liés aux soins à domicile et en établissement fournis aux personnes en perte d'autonomie. La commission a recommandé que ce fonds soit financé par un prélèvement fiscal obligatoire sur les revenus de toutes sources des particuliers et soit mis à la disposition des personnes (en l'occurrence, surtout des personnes âgées) frappées de perte d'autonomie de longue durée (plus de six mois). Ce régime faciliterait l'amélioration et l'intégration des services actuels consacrés à l'invalidité de longue durée et éviterait une hausse rapide des coûts liés aux soins de santé dans le contexte du vieillissement de la population.

Cette approche offre de nombreux avantages : sa structure de financement est très visible et les fonds générés sont entièrement consacrés aux fins prévues. Le degré d'équité de cette méthode de financement ainsi que son incidence sur l'efficacité et sur l'équité entre les générations dépendraient de la source de revenu servant à recueillir les fonds – impôt sur le revenu des particuliers, cotisations à un régime public ou assurance-santé privée.

Vu l'urgence de générer des recettes additionnelles pour financer les soins de santé, le Comité ne cautionne pas le financement anticipé. À notre avis, il serait très difficile de justifier la mise de côté de fonds en vue de besoins futurs alors qu'on a besoin d'injecter dès maintenant des sommes substantielles dans le système public de soins de santé pour en assurer la restructuration, le renouvellement et l'expansion.

15.10 Commentaires du Comité[370]

Nous avons présenté, aux sections 15.3 à 15.9 ci-dessus, plusieurs solutions possibles pour générer cinq milliards de dollars de plus par an en recettes fédérales, avec les avantages et les inconvénients de chacune en regard de critères précis, soit l'équité, l'efficacité, l'équité entre les générations, la stabilité et la visibilité. À la lumière de cette information, le Comité a tiré ses conclusions quant aux approches qu'il privilégie.

Nous soulignons, tout d'abord, qu'il n'existe pas en soi de « bonne » taxe. Il existe, par contre, des objectifs précis auxquels doit répondre toute nouvelle taxe ou mesure génératrice de recettes conçue pour financer un service public précis :

- la taxe doit être répartie équitablement et raisonnablement entre les groupes auxquels on fait appel pour la payer;
- la taxe doit avoir le moins d'effets négatifs possibles sur l'activité et la croissance économique relativement aux recettes générées;
- la taxe ne doit entraîner que de modestes coûts administratifs pour les contribuables et peu de frais de recouvrement pour le gouvernement;
- la justification de la taxe doit être évidente pour la population et de préférence établie par un rapport direct entre les recettes générées et les services qu'elles permettent de financer;
- la taxe doit générer des recettes stables et robustes (en se sens qu'elles croîtront au rythme du PIB ou à peu près), de manière que son produit permette de faire face aux augmentations futures des coûts;
- pour en justifier la perception, la taxe doit être perçue comme donnant lieu à des améliorations tangibles du régime et de la couverture de l'assurance-santé.

Tout bien considéré, le principe de l'équité est mieux servi quand les soins de santé sont financés par ponction fiscale sur le revenu des particuliers ou par la voie de taxes à la consommation plutôt que par des charges sociales ou des primes forfaitaires. En outre, du point de vue de l'efficacité, l'expérience internationale indique que les charges sociales peuvent nuire au marché du travail encore plus que l'imposition générale, puisque les contributions ne sont perçues que sur les salaires et que les employeurs sont responsables d'une partie de celles-ci. Finalement, les recherches montrent que, quelle que soit la méthode de génération des recettes retenue, le niveau d'activité économique influence grandement la capacité d'un pays à amasser les fonds nécessaires au financement des soins de santé (ou à d'autres fins) et ce, n'importe quand dans le temps. De plus, les dépenses de santé ont un coût d'option, et d'autres secteurs peuvent devenir prioritaires en période de récession ou de conflit armé.

Toutefois, les charges sociales et les primes ont un avantage important sur l'impôt sur le revenu et les autres formes d'imposition générale en ce qu'elles constituent une source de financement plus visible, transparente et prévisible. Les impôts spécifiques, pour leur

---

[370] Le Comité tient à exprimer ses remerciements à Robert D. Brown, ancien président de Price Waterhouse, et à son adjointe de recherche, Michanne Haynes, pour bon nombre des calculs et des estimations de recettes contenus dans le présent chapitre. Il est par ailleurs reconnaissant au ministère des Finances pour les données statistiques qu'il lui a fournies.

part, contribuent certainement à une meilleure visibilité, voire à une stabilité accrue, dans un système de soins de santé financé à partir du régime fiscal.

Le Comité est d'avis que les recettes fédérales accrues destinées au financement des services hospitaliers et des services fournis par les médecins ne doivent pas provenir de manière disproportionnée des personnes malades. Les services de santé sont actuellement perçus comme étant « gratuits ». La méthode de perception ne doit pas être perçue comme une « taxe sur les malades ». Pour cette raison, le Comité a rejeté toutes les formes de financement qui font appel à une participation financière proportionnelle à la consommation de services hospitaliers et des médecins.

Le Comité est d'avis que les recettes fédérales accrues destinées au financement des services hospitaliers et des services fournis par les médecins ne doivent pas provenir de manière disproportionnée des personnes malades. La méthode de perception ne doit pas être perçue comme une « taxe sur les malades ».

En outre, le Comité croit que l'accroissement des recettes fédérales doit reposer sur la capacité de payer des contribuables, c'est-à-dire que, pour garantir l'équité, les hauts salariés doivent payer proportionnellement plus que les petits salariés. Pour cette raison, le Comité rejette l'option d'une prime nationale d'assurance-santé uniforme mais, comme nous l'indiquons plus loin, nous ne sommes pas contre la possibilité d'une structure progressive de prime d'assurance-santé.

En ce qui a trait à l'imposition directe, les calculs effectués au nom du Comité par Brown et Haynes indiquent qu'il faudrait relever de 1,1 point de pourcentage le taux d'imposition de chaque fourchette de revenu imposable des particuliers pour générer cinq milliards de dollars de recettes fédérales additionnelles. On obtiendrait le même résultat au moyen d'une surtaxe de 5,7 % sur la totalité de l'impôt fédéral. Il a été signalé au Comité que ces deux solutions auraient comme conséquence d'amputer du tiers environ les réductions de l'impôt sur le revenu des particuliers annoncées en 2000 dans le plan fiscal quinquennal et de hausser considérablement les taux marginaux d'imposition.

Les calculs effectués par Brown et Haynes indiquent par ailleurs qu'il faudrait augmenter de 7 % le taux d'imposition des revenus des sociétés pour générer cinq milliards de dollars de plus en recettes fédérales. Cette mesure annulerait toutes les réductions actuelles et annoncées de l'impôt des sociétés et porterait le fardeau fiscal des sociétés établies au Canada à un niveau bien supérieur à celui qu'on observe chez nos concurrents étrangers. L'entreprise, l'emploi et, en fait, toute l'économie canadienne, en souffriraient grandement.

Le Comité est convaincu que, si l'on modifie la structure du régime fiscal canadien pour générer un surcroît de recettes, il faut se garder de porter les taux d'imposition des revenus des particuliers et de ceux des sociétés à un niveau indûment supérieur à ceux qui se practiquent dans les autres pays de l'OCDE, et en particulier aux États-Unis. De plus, dans un souci d'équité entre les générations, nous croyons que la population active ne doit pas assumer un fardeau fiscal disproportionné par comparaison avec celui des retraités. Pour ces raisons, et compte tenu des estimations mentionnées plus haut, le Comité rejette l'idée d'une augmentation de l'impôt sur le revenu des particuliers et de l'impôt des sociétés.

Si l'alourdissement des charges sociales ne nuit pas indûment à la compétitivité internationale des entreprises canadiennes, cette solution pèche contre l'équité entre les générations. Il serait en effet injuste d'exiger qu'un segment de la population – les travailleurs – assume les coûts d'un investissement accru dans le système public de soins de santé, d'autant plus que, en l'occurrence, le vieillissement démographique amenuise la part relative des travailleurs dans la population.

Le Comité est d'avis qu'il serait injuste d'exiger qu'un segment de la population – les travailleurs – assume les coûts d'un investissement accru dans le système public de soins de santé, d'autant plus que, en l'occurrence, le vieillissement démographique amenuise la part relative des travailleurs dans la population.

Par conséquent, le Comité conclut qu'il n'existe que deux solutions possibles pour aller chercher cinq milliards de dollars par an de plus auprès des Canadiens en respectant les conditions et objectifs précités. La première consiste à créer une *taxe de vente nationale au titre des soins de santé*. Selon les témoignages présentés au Comité, bien que cette option puisse être considérée comme quelque peu régressive, les avantages qui en découlent du point de vue de l'efficacité compensent largement son incidence sur l'équité. En outre, une augmentation des crédits d'impôt en atténuerait grandement l'impact sur les personnes à faible revenu. Cette taxe serait perçue au moyen du même mécanisme que la taxe sur les produits et services (TPS), donc simplement. Les calculs effectués pour le compte du Comité indiquent que le taux à fixer pour générer cinq milliards de dollars par année se situerait autour de 1,5 % (plus précisément à 1,3 %). Ainsi, si l'on adoptait la solution d'une taxe de vente nationale au titre des soins de santé, les Canadiens paieraient une taxe de vente nationale de 8,5 %, formée d'une TPS de 7 % et d'une taxe de vente au titre des soins de santé de 1,5 %. Le crédit pour TPS serait accru proportionnellement à la hausse de la taxe de vente.

La deuxième solution réside dans la perception d'une *prime nationale variable d'assurance-santé*. Dans ce cas, les Canadiens paieraient, par le truchement du régime fiscal, une prime nationale d'assurance-santé dont le montant varierait selon le revenu imposable de chacun, comme on peut le voir au tableau 15.3. En fait, le montant de la prime doublerait à chacune des tranches de revenu utilisées pour les fins du calcul de l'impôt fédéral sur le revenu des particuliers.

TABLEAU 15.3
RECETTES FÉDÉRALES ANNUELLES ENGENDRÉES PAR UNE PRIME NATIONALE VARIABLE D'ASSURANCE-SANTÉ

Fourchette de revenus (taux fédéral d'imposition du revenu des particuliers)	Millions de déclarants qui paient une prime	Montant de la prime	Recettes fédérales annuelles estimatives (en milliards de dollars)
Jusqu'à 31 677 $ (16 %)	7,9	**0,50 $/jour (ou 185 $/année)**	1,341
De 31 678 à 63 354 $ (22 %)	5,8	**1 $/jour (ou 370 $/année)**	2,096
De 63 355 à 103 000 $ (26 %)	1,4	**2 $/jour (ou 740 $/année)**	0,968
Plus de 103 000 $ (29 %)	0,5	**4 $/jour (ou 1 400 $/année)**	0,622
RECETTES FÉDÉRALES TOTALES (ESTIMATION)			**5,027**

Notes

1. Les déclarants de la première fourchette de revenu imposable (jusqu'à 31 677 $) qui n'ont pas d'impôt fédéral net à payer (compte tenu des crédits d'impôt non remboursables) ne seront pas tenus de payer la prime.
2. Les déclarants de la première fourchette de revenu imposable qui ont un impôt fédéral net à payer devront régler le moindre des deux montants suivants : 185 $ ou 10 % du revenu imposable au-delà du montant de leur revenu imposable leur donnant droit à des crédits d'impôt non remboursables. Cette disposition évite qu'un contribuable de cette tranche d'imposition assujetti à un impôt fédéral net modeste ne paie une prime d'un montant disproportionné par rapport à son impôt sur le revenu. Prenons l'exemple d'un contribuable dont le revenu imposable s'élève à 9 934 $. Le taux d'imposition associé à la première tranche d'imposition est de 16 %, ce qui donne 1 590 $. Cependant, le contribuable peut réclamer des crédits d'impôt non remboursables de 16 % à l'égard de 9 000 $, soit 1 440 $. Le contribuable a donc un impôt fédéral net à payer de 150 $ (1 590 $ moins 1 440 $). Pour les contribuables de cette tranche d'imposition, la prime correspond à 10 % de la différence entre le revenu imposable (9 934 $) et le montant à l'égard duquel le contribuable réclame des crédits d'impôt non remboursables (9 000 $). Le contribuable de notre exemple a un impôt fédéral net à payer de 150 $ sur un revenu imposable qui dépasse de 934 $ le montant servant de base au calcul des crédits d'impôt non remboursables; il paierait donc une prime de 93,40 $ (c'est-à-dire 10 % de 934 $) au lieu de la prime normale de 185 $ associée à cette tranche d'imposition.
3. En tout, 15,4 millions de Canadiens déclarent un revenu inférieur à 31 677 $; parmi eux, seulement 7,9 millions ont un impôt fédéral net à payer. La prime moyenne de tous les contribuables de cette fourchette serait de 71 $; pour les 7,9 millions qui ont un impôt fédéral net à payer, la prime moyenne serait de 170 $.
4. Les déclarants visés par les fourchettes d'imposition de 22 %, 26 % et 29 % bénéficient d'une disposition limitative en vertu de laquelle la prime qu'ils auront à verser ne sera pas supérieure à la prime prévue pour la fourchette qui précède la leur, plus 10 % du revenu qui dépasse le seuil de leur tranche d'imposition. Cette disposition est conçue pour éviter qu'un contribuable dont le revenu imposable dépasse de très peu le seuil d'une tranche d'imposition n'ait à payer la totalité de la prime normalement prévue pour cette tranche de revenu imposable. Par exemple, un contribuable dont le revenu imposable s'établit à 33 177 $ (1 500 $ au-delà du seuil de 31 677 $ de la tranche de revenu frappée d'un impôt de 22 %) paierait 185 $ (la prime de la fourchette qui précède la sienne), plus 150 $ (1 500 x 10 %), soit 335 $ au total au lieu de la prime de 370 $ qui serait normalement payable à l'égard de cette tranche de revenu.
5. Les calculs sont fondés sur les données de l'exercice 2001-2002.

Source : Robert D. Brown et Michanne Haynes, sur la base de données provenant du ministère des Finances.

Cependant, pour éviter que les personnes dont le revenu imposable dépasse à peine le seuil de leur tranche d'imposition ne voient leur prime doubler d'un coup, une disposition spéciale de limitation a été intégrée au calcul : ainsi, la prime d'un contribuable ne peut pas dépasser le montant de la prime associée à la tranche d'imposition immédiatement inférieure, plus 10 % du revenu imposable qui dépasse le seuil de la tranche d'imposition du contribuable. La prime nationale variable d'assurance-santé est donc progressive sur l'ensemble de l'éventail des revenus, mais presque fixe à l'intérieur de chaque fourchette de revenu imposable[371].

La prime nationale variable d'assurance-santé serait calculée à partir du régime de l'impôt sur le revenu, mais *il ne faut pas* y voir une augmentation de l'impôt sur le revenu des particuliers. Certes, la prime présente certains aspects d'un impôt sur le revenu (du fait qu'elle varie avec le revenu), mais en fait elle varie selon la tranche d'imposition et non avec le revenu. En outre, la prime aurait un impact très modeste seulement sur les taux d'imposition marginaux, qui n'augmenteraient qu'aux points d'application progressive de la cotisation supérieure de la tranche d'imposition suivante. En conséquence, les taux marginaux d'imposition demeureraient relativement inchangés et auraient donc peu d'impact sur l'incitation à gagner, à économiser et à investir, par comparaison avec une augmentation de l'impôt sur le revenu des particuliers.

C'est bien sûr au gouvernement fédéral qu'il appartiendra de décider laquelle des deux solutions – soit une taxe de vente nationale au titre des soins de santé, soit une prime nationale variable d'assurance-santé – est la meilleure. Les deux solutions envisagées pour permettre au gouvernement fédéral de générer les cinq milliards de dollars de plus par an nécessaires au secteur de la santé ont leurs avantages et leurs inconvénients.

Les deux solutions envisagées pour permettre au gouvernement fédéral de générer les cinq milliards de dollars de plus par an nécessaires au secteur de la santé ont leurs avantages et leurs inconvénients.

D'une part, la taxe de vente nationale au titre des soins de santé serait facile à administrer, car son application bénéficierait du système en place de la TPS. De plus, cette solution comporte un facteur de croissance, car les revenus des taxes de vente augmentent avec l'économie. Comme il est prévu que les dépenses en santé augmenteront plus rapidement que le PIB, il est important de disposer d'un tel facteur de croissance. De plus, la taxe de vente nationale au titre des soins de santé ne serait pas substantiellement régressive, d'autant plus que le crédit pour TPS s'appliquerait à la nouvelle taxe. Il reste cependant que l'opposition du public aux taxes de vente en général et à la TPS en particulier constitue un important obstacle à l'augmentation de ce type de taxe.

---

[371] Comme il est indiqué à la section 15.4, le Comité écarte la solution d'une cotisation annuelle uniforme en raison de son caractère régressif évident. Par exemple, les calculs indiquent qu'il faudrait imposer une cotisation annuelle fixe de 425 $ à chaque Canadien déclarant un revenu supérieur à 20 000 $ pour générer cinq milliards de recettes additionnelles. À noter que plus de 136 000 Canadiens déclarent des revenus de plus de 20 000 $ et ne paient pas d'impôt sur le revenu en raison de crédits comme le crédit d'impôt pour enfants, le crédit pour dons de bienfaisance, etc. Pour ce groupe, l'imposition d'une cotisation uniforme constituerait vraisemblablement un fardeau additionnel lourd à porter. Si la cotisation uniforme était modifiée de manière à la faire plafonner à 5 % du revenu imposable dépassant 20 000 $, la cotisation annuelle à payer passerait à 500 $ et certains déclarants n'ayant pas d'impôt à payer seraient quand même tenus d'en verser une partie.

En revanche, la prime variable nationale d'assurance-santé a l'avantage d'être progressive puisqu'elle augmente par paliers en fonction du revenu. Une telle prime nationale correspondrait en plus à la manière dont les particuliers achètent normalement de l'assurance, c'est-à-dire en versant une prime annuelle. Cependant, plus on trouve de paliers dans la structure de la prime, plus elle risque d'être assimilée à une surtaxe sur le revenu; or, pour les raisons déjà énoncées, le Comité réprouve toute augmentation de l'impôt sur le revenu. Enfin, moins la structure de la prime comporte de paliers (moins elle ressemble à un impôt sur le revenu), plus elle devient régressive.

L'important, c'est que les Canadiens consentent à fournir au gouvernement fédéral cinq milliards de dollars additionnels pour les soins de santé.

L'important, pour le Comité, c'est que les Canadiens consentent à fournir au gouvernement fédéral cinq milliards de dollars additionnels pour les soins de santé. C'est l'enjeu sur lequel les Canadiens devront se pencher sérieusement afin d'en débattre et de prendre une décision.

Des deux solutions, le Comité recommande celle de la prime nationale variable au titre des soins de santé.

En bout de ligne, la décision de consentir un effort supplémentaire de cinq milliards de dollars est plus importante que la manière dont on s'y prendra. Néanmoins, des deux solutions, le Comité préfère celle de la prime nationale variable au titre des soins de santé. Par conséquent, le Comité recommande :

> **Que le gouvernement fédéral institue une prime nationale variable au titre de la santé pour générer les recettes nécessaires au financement de la mise en œuvre des recommandations du Comité.**

15.11 Financement fédéral actuel des soins de santé

Le Comité admet que la somme de cinq milliards ne correspond pas à l'augmentation totale des dépenses fédérales en soins de santé qui sera nécessaire au cours des années à venir. Le coût du système de services hospitaliers et des services fournis par les médecins auquel le gouvernement fédéral contribue déjà ne cessera de s'accroître. Les sommes additionnelles requises pour couvrir ces dépenses accrues devront provenir des économies d'efficience résultant de la mise en oeuvre des recommandations énoncées dans le présent rapport en matière de restructuration ainsi que de la croissance générale des recettes fédérales tirées de l'assiette fiscale actuelle.

Pour améliorer substantiellement la transparence et la reddition des comptes en matière de dépenses de santé fédérales, les 62 % des transferts pécuniaires du gouvernement fédéral au titre du TCSPS actuellement destinés aux soins de santé devraient être financés par la voie d'une source de recettes fiscales réservées.

Cela soulève la question suivante : afin d'améliorer substantiellement la transparence et la reddition des comptes en matière de dépenses de santé fédérales, les 62 % des transferts pécuniaires au titre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes

sociaux (TCSPS) actuellement destinés aux soins de santé (selon l'évaluation de Finances Canada), devraient-ils être financés par la voie d'une source de recettes fiscales réservées (comme nous l'expliquons à la section 15.4)? En effet, cela aiderait beaucoup le public à bien comprendre comment les deniers fédéraux sont dépensés en ce qui a trait aux soins de santé. Les Canadiens verraient ainsi un lien plus direct entre ce qu'ils versent au fisc et les services de santé qu'ils reçoivent. Cela contribuerait largement à réfuter la perception largement répandue selon laquelle les soins de santé sont « gratuits ».

Une manière d'y arriver consisterait à affecter quelques-uns des 7 points de pourcentage de la TPS aux soins de santé. Les calculs effectués pour le Comité indiquent qu'il serait nécessaire de réserver 3,1 des 7 points de pourcentage de la TPS (soit près de 45 % des recettes issues de cette taxe) pour obtenir un montant équivalant aux 62 % des transferts pécuniaires fédéraux au titre du TCSPS actuellement consacrés à la santé.

Cependant, vu la nécessité de relever le niveau actuel du TCSPS (à tout le moins jusqu'à ce que le plein effet des recommandations du Comité en matière de restructuration se fasse sentir), il vaudrait sans doute mieux, si l'on décide de recourir à une source de recettes réservées et si l'on choisit la TPS, réserver à la santé 3,5 (au lieu des 3,1 points actuels calculés) des 7 points de la TPS (soit la moitié du produit de la TPS), ce qui permettrait d'allonger de 1,5 milliard de dollars le financement de base de la santé par le gouvernement fédéral. Si l'on réservait la moitié des recettes tirées de la TPS au paiement de l'apport pécuniaire du gouvernement fédéral au financement du système de soins de santé, en plus des fonds supplémentaires qu'exigera la mise en œuvre des réformes recommandées dans le présent rapport, on bénéficierait par ailleurs de l'avantage d'une transparence considérablement accrue.

Un des avantages important du recours à la TPS comme source de recettes réservées est qu'elle comporte un facteur de progression intégré : si l'économie se porte bien, il en va de même des revenus générés par la TPS. Donc, l'affectation de 3,5 des 7 points de pourcentage de la TPS (au lieu des 3,1 points actuels calculés) au financement de la contribution fédérale pécuniaire aux services hospitaliers et aux services fournis par les médecins permettrait à la fois de disposer d'une source stable et prévisible de fonds publics, comme le recommande le Comité dans le Principe deux énoncé dans le volume cinq[372], et de faire augmenter cette contribution.

L'affectation de 3,5 des 7 points de pourcentage de la TPS (au lieu des 3,1 points actuels calculés) au financement de la contribution fédérale pécuniaire aux services hospitaliers et aux services fournis par les médecins permettrait à la fois de disposer d'une source stable et prévisible de fonds publics, comme le recommande le Comité dans le Principe deux énoncé dans le volume cinq, et de faire augmenter cette contribution.

Par conséquent, le Comité recommande :

Que le gouvernement fédéral procède au choix d'une source de recettes réservées qu'il affectera au financement de sa contribution annuelle au programme national canadien

[372] Volume cinq, p. 28-31.

d'assurance-santé, laquelle est actuellement évaluée à environ 62 % du TCSPS.

Si le gouvernement fédéral choisit la TPS comme source de recettes réservées pour sa contribution annuelle pécuniaire au régime national d'assurance des soins hospitaliers et des soins dispensés par les médecins, il faudrait 3,1 des 7 points actuels pour générer des recettes équivalant au niveau de financement actuel. En conséquence, le Comité recommande :

Que, si l'on retient la TPS comme source de recettes réservées au financement de la contribution pécuniaire actuelle du gouvernement fédéral au régime national d'assurance des soins hospitaliers et des soins dispensés par les médecins, la moitié du produit de la TPS (3,5 des 7 points de la taxe) soit réservé au secteur de la santé, de manière à permettre au gouvernement fédéral de faire une contribution additionnelle au financement du système actuel de soins hospitaliers et de soins dispensés par les médecins. (Cela viendrait s'ajouter aux crédits fédéraux nécessaires à la mise en œuvre des recommandations énoncées dans le présent rapport.)

Si les deux recommandations ci-dessus sont acceptées, le gouvernement fédéral injectera indirectement *au moins* 3,0 milliards de dollars de plus par année dans le régime public d'assurance-santé *courant*, soit 1,5 milliard de dollars obtenus en portant à 3,5 les points de la TPS dont le produit est réservé à la santé et 1,5 milliard de dollars d'économies pour les provinces résultant de la mise en œuvre des recommandations du présent rapport (voir la section 15.1) qui seront réinvestis ailleurs dans le système actuel de soins de santé.

Si le gouvernement fédéral décidait aussi d'investir la provision pour éventualités de un milliard de dollars (dont nous parlons à la section 15.1) dans le système de soins hospitaliers et de soins dispensés par des médecins à titre de paiement de transition en attendant que l'on commence à cueillir les fruits, en gains d'efficience, des mesures proposées dans le présent rapport, l'apport additionnel total du gouvernement fédéral au système actuel s'élèverait à *au moins* quatre milliards de dollars.

Enfin, les transferts au titre du TCSPS versés aux provinces et aux territoires sont établis au prorata de la population. Si la part du TCSPS visant les soins de santé est financée à même une source de recettes réservées, comme nous le recommandons plus haut, le Comité est d'avis qu'il faudrait modifier légèrement le mode de calcul de la part de chaque province. Plus précisément, nous croyons important de reconnaître que les

Le Comité estime important de reconnaître que les personnes âgées coûtent bien plus cher au système de soins de santé que les jeunes, et que certaines provinces affichent une bien plus forte proportion de personnes de plus de 70 ans que les autres.

personnes âgées coûtent bien plus cher au système de soins de santé que les jeunes, et que certaines provinces affichent une bien plus forte proportion de personnes de plus de 70 ans que les autres. Par conséquent, le Comité recommande :

> **Que la part de chaque province et territoire de la contribution annuelle du gouvernement fédéral au financement du régime courant de soins hospitaliers et de soins dispensés par les médecins soit calculée au prorata de la population, mais corrigée pour tenir compte, d'une manière ou d'une autre, du poids démographique de la population âgée de 70 ans et plus.**

Plusieurs formules de pondération sont possibles et doivent être envisagées pour rendre plus équitable la distribution entre les provinces et les territoires de la contribution actuelle du gouvernement fédéral au titre des soins de santé. Une solution simple consisterait à tripler le poids des personnes de 70 ans et plus. Cette solution aiderait grandement les provinces peu populeuses sans vraiment nuire aux provinces riches.

CHAPITRE SEIZE

VIABILITÉ FINANCIÈRE DU SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ : LES CONSÉQUENCES DE L'INACTION

Au chapitre précédent, le Comité a exposé son point de vue sur la façon dont il conviendra de réunir et d'administrer des fonds supplémentaires au niveau fédéral afin de mettre en œuvre ses recommandations. Le Comité croit fermement que la mise en œuvre de ces recommandations est essentielle pour entreprendre une réforme et un renouvellement efficaces, transparents et responsables du système de soins de santé. Il est convaincu que le gouvernement fédéral doit absolument investir cinq milliards de dollars de plus par an dans le secteur de la santé pour financer les changements qui permettront d'assurer la qualité et la viabilité du système.

Le Comité se rend compte cependant que, dans une société libre et démocratique, les Canadiens pourraient ne pas vouloir payer plus d'impôts au gouvernement fédéral (dans le cadre de la prime nationale d'assurance-santé que nous recommandons dans le présent rapport) pour le financement de l'assurance-santé. Pour sa part, le gouvernement fédéral pourrait refuser d'imposer une augmentation de taxe à une population réticente à accepter cette surcharge, même si les sommes recueillies étaient consacrées au secteur de la santé. Il convient donc de déterminer quelles seraient les conséquences d'une telle décision. Le Comité croit que ces conséquences comprendraient ce qui suit :

Le Comité se rend compte cependant que, dans une société libre et démocratique, les Canadiens pourraient ne pas vouloir payer plus d'impôts au gouvernement fédéral (dans le cadre de la prime nationale d'assurance-santé que nous recommandons dans le présent rapport) pour le financement de l'assurance-santé. Pour sa part, le gouvernement fédéral pourrait refuser d'imposer une augmentation de taxe à une population réticente à accepter cette surcharge, même si les sommes recueillies étaient consacrées au secteur de la santé.

- Il deviendrait impossible d'étendre l'assurance-santé publique aux frais exorbitants de médicaments de prescription, à certains soins à domicile après l'hospitalisation et aux soins palliatifs hors-hôpital.
- La réforme et le renouvellement du système de soins hospitaliers et de soins dispensés par un médecin n'auraient pas lieu et des pressions financières considérables continueraient à affaiblir le système.
- Il serait également impossible de procéder aux investissements nécessaires dans l'infrastructure, notamment au niveau de la gestion de l'information sur la santé et des technologies de la santé, et d'augmenter le nombre d'inscriptions dans les écoles de médecine et de sciences infirmières.
- Il deviendrait en outre impossible de mettre en place une garantie de soins de santé par suite du manque d'équipement médical et de fournisseurs de soins

nécessaires pour réduire les files d'attente. Les gouvernements provinciaux refuseraient à juste titre de légiférer pour établir une telle garantie si cela devait les forcer à assumer le prix du traitement aux États-Unis ou ailleurs d'un nombre toujours croissant de patients.

- Il faudrait renoncer à une infostructure canadienne de la santé ainsi qu'à un plein déploiement de systèmes de dossiers de santé électroniques et d'un régime de financement des hôpitaux fondé sur les services dispensés, ce qui limiterait la possibilité pour le Canada d'évaluer le coût, l'efficacité, la qualité, le rendement et les résultats du système de soins de santé ou d'élaborer des stratégies propres à en améliorer la productivité.

Le Comité a déclaré à maintes reprises – et nous le répétons ici – qu'il préfère une source publique unique de financement et d'assurance des services hospitaliers et des services dispensés par un médecin couverts par la Loi canadienne sur la santé.

Bref, si les investissements additionnels que le Comité recommande ne sont pas consentis, le système canadien de soins de santé continuera à se détériorer. Le « contrat d'assurance-santé[373] » entre les Canadiens et leurs gouvernements sera rompu si les Canadiens refusent de payer cinq milliards de dollars de plus en impôts (obligation contractuelle des citoyens) pour permettre au gouvernement de financer adéquatement les changements nécessaires afin d'assurer la pérennité de notre système public, universel, complet, accessible et transférable d'assurance des soins hospitaliers et des soins dispensés par un médecin, élargi pour couvrir aussi en partie, comme nous le recommandons, les coûts des médicaments de prescription, des soins à domicile et des soins palliatifs dispensés en dehors des hôpitaux.

Dans ces circonstances, il est très probable, pour les raisons indiquées au chapitre cinq, que les tribunaux décideraient, en application de la *Charte canadienne des droits et libertés*, que le gouvernement ne peut plus nier aux Canadiens le droit d'acheter de l'assurance-santé privée pour obtenir au Canada, contre rémunération, des services de santé faisant partie du groupe des services assurés par le régime public. Un système parallèle de soins de santé privés ferait ainsi probablement son apparition.

Ce n'est *pas* là le résultat privilégié par le Comité. Nous avons déclaré à maintes reprises – et nous le répétons ici – que nous préférons une source publique unique de financement et d'assurance des services hospitaliers et des services dispensés par un médecin couverts par la *Loi canadienne sur la santé*. Le modèle axé sur un assureur public unique

Le Comité est d'avis que l'assurance privée des services de santé assurés par le régime public doit continuer d'être interdite, pourvu que ces services puissent être dispensés en temps opportun.

[373] Volume cinq, p. 61.

constituait en fait le premier des principes énoncés dans le volume cinq[374]. En corollaire, l'assurance privée des services de santé assurés par le régime public doit continuer d'être interdite, *pourvu* que ces services puissent être dispensés *en temps opportun*.

Le Comité croit néanmoins important de savoir ce qui se passerait si l'assurance-santé privée était autorisée à se développer, avec son système parallèle de services hospitaliers et de services dispensés par un médecin financés par des fonds privés. C'est ce que nous nous proposons de faire dans ce chapitre. La section 16.1 décrit brièvement le rôle de l'assurance-santé privée au Canada et dans certains autres pays de l'OCDE. À la section 16.2, nous présentons un résumé des conclusions d'études récentes concernant les incidences d'un système privé d'assurance-santé sur les coûts, l'accessibilité et la qualité du régime public de soins de santé. Enfin, le Comité présente, à la section 16.3, son point de vue sur l'apparition possible d'un système parallèle privé de soins de santé au Canada.

16.1 L'assurance-santé privée au Canada et dans certains pays de l'OCDE

Conformément à la *Loi canadienne sur la santé*, les régimes publics d'assurance-santé doivent rendre compte de leurs activités à leur gouvernement provincial et fonctionner comme organismes à but non lucratif. De plus, la majorité des provinces (Alberta, Colombie-Britannique, Manitoba, Ontario, Île-du-Prince-Édouard et Québec) interdisent aux compagnies privées d'assurer des services déjà couverts par un régime public d'assurance-santé[375]. Dans ces provinces, les assureurs privés ne peuvent couvrir que des services de santé complémentaires, comme la chambre privée ou à deux lits durant un séjour à l'hôpital, les médicaments de prescription, les soins dentaires et les lunettes, c'est-à-dire des services non couverts par le régime provincial d'assurance-santé.

Quatre provinces (Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve, Nouvelle-Écosse et Saskatchewan) permettent à des compagnies d'assurance privées de couvrir des services assurés par le régime public. Dans ces provinces, les patients des médecins déconventionnés[376] peuvent substituer une assurance privée à leur assurance-santé publique. Toutefois, comme les lois provinciales interdisent à ces médecins de pratiquer à la fois dans le secteur public et dans le secteur privé, en définitive, il y a peu de médecins déconventionnés et peu de gens achètent de l'assurance-santé privée.

En Nouvelle-Écosse, par exemple, les médecins déconventionnés ne sont pas autorisés à facturer à leurs clients plus que les taux prévus dans les barèmes du régime public. Cela constitue un facteur de désincitation, puisque les médecins ne peuvent pas gagner davantage, dans des cas équivalents, en travaillant pour un régime privé que pour un régime public. Ainsi, il n'y a finalement que très peu de médecins déconventionnés, ce qui fait que le besoin d'assurance-santé privée n'est pas grand.

---

374 Volume cinq, p. 25-27.

375 Colleen M. Flood et Tom Archibald, « The Illegality of Private Health Care in Canada », dans le *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 164, nº 6, 20 mars 2001, p. 825-830.

376 Un médecin est déconventionné lorsqu'il décide de renoncer à son droit de facturer le régime public d'assurance-santé et s'établit dans le secteur privé. Tous les régimes provinciaux d'assurance-santé permettent aux médecins de se déconventionner.

À Terre-Neuve, les patients des médecins déconventionnés ont droit à l'assurance-santé publique jusqu'à concurrence du montant fixé dans les barèmes du régime public (autrement dit, ils peuvent obtenir des fonds publics pour subventionner le coût des services de santé du secteur privé à but lucratif). Leurs déboursés sont ainsi limités à la différence entre les honoraires facturés par les médecins déconventionnés et les honoraires prévus dans les barèmes publics. Comme il y a peu de médecins déconventionnés à Terre-Neuve, la demande d'assurance-santé privée est faible.

Au Nouveau-Brunswick et en Saskatchewan, les patients des médecins déconventionnés ne reçoivent pas de subventions publiques comme à Terre-Neuve. Le secteur de l'assurance-santé privée n'a cependant pas connu un développement sensible dans ces deux provinces.

Dans l'ensemble, la *Loi canadienne sur la santé* a permis, de concert avec la législation provinciale et territoriale correspondante, d'empêcher le développement au Canada d'un secteur d'assurance-santé privée pouvant directement concurrencer le régime public. Il n'est tout simplement pas rentable pour les patients, les médecins et les établissements de soins de faire partie d'un régime privé parallèle.

La situation est très différente dans d'autres pays de l'OCDE, où l'assurance-santé privée peut faire concurrence au régime public et où les médecins peuvent être rémunérés par les deux secteurs[377]. Il existe en fait deux modèles distincts d'assurance-santé privée dans ces pays. Le premier, qu'on retrouve principalement en Allemagne et aux Pays-Bas, comporte un système privé d'assurance et de prestation de services qui est complètement distinct du régime public. Le second, établi dans des pays tels que l'Australie, la Suède et le Royaume-Uni, fait jouer la concurrence entre les assureurs et les fournisseurs de soins des secteurs public et privé.

En Allemagne et aux Pays-Bas, l'accès à l'assurance privée est facultative pour les gens qui disposent d'un revenu relativement élevé (l'assurance-santé publique étant obligatoire pour les personnes à revenu moyen ou à faible revenu). Les assureurs privés ont l'obligation d'accepter tous ceux qui demandent à être couverts et d'offrir des prestations au moins égales à celles du régime public. Ainsi, ils ne peuvent pas « écrémer le marché », c'est-à-dire se réserver exclusivement les patients les plus riches et les mieux portants en laissant le régime public financer les patients les moins aisés et les plus malades. Les primes facturées pour l'assurance privée sont liées au risque (mais sont soumises à une réglementation stricte) et ne varient pas sensiblement pour une couverture équivalente.

Au Royaume-Uni, les résidents peuvent acheter de l'assurance-santé privée couvrant des soins dispensés par des hôpitaux privés même si les mêmes soins sont offerts par les hôpitaux publics. Les patients ayant une assurance privée obtiennent ordinairement des services en dehors du système national de soins de santé (NHS), mais ils peuvent aussi recevoir des traitements dans des établissements publics ayant des « lits payants ». Les médecins britanniques sont autorisés à tirer au plus 10 % de leur revenu annuel brut de clients privés.

En Australie, l'assurance-santé privée peut concurrencer le régime public, comme au Royaume-Uni. De plus, le gouvernement encourage les résidents à acheter de l'assurance

[377] Pour de plus amples renseignements sur les systèmes de santé d'autres pays, voir le volume trois de l'étude du Comité.

privée en en subventionnant le coût à 30 %. Les primes de l'assurance-santé privée sont soumises à des règles de tarification strictes qui ne permettent aucune distinction (ce qui revient à dire que le taux des primes est le même pour tout le monde, indépendamment de l'état de santé). Les patients qui ont une assurance privée peuvent obtenir des soins dans un hôpital public ou privé : dans les deux cas, le régime public finance 75 % des coûts d'hospitalisation, le reste étant couvert par l'assurance privée. Les spécialistes travaillant dans les hôpitaux publics peuvent donc avoir une clientèle privée et recevoir des paiements de source aussi bien publique que privée.

L'assurance-santé privée est autorisée même en Suède, pays généralement reconnu comme étant parmi les plus socialisés d'Europe. En Suède, comme en Australie, la loi impose aux assureurs privés de fixer des primes uniformes indépendantes de l'état de santé. Les hôpitaux privés ne reçoivent ordinairement pas de paiements du régime public, à moins de dispenser des services dans le cadre de contrats signés avec les conseils de comté[378]. Les médecins suédois sont autorisés à travailler pour les secteurs public et privé.

Les renseignements présentés dans le volume trois de l'étude du Comité et les conclusions d'une étude canadienne[379] montrent qu'en grande majorité, les soins dispensés par les établissements privés à but lucratif de pays tels que l'Australie, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas, la Suède et le Royaume-Uni sont financés par de l'assurance-santé privée. De plus, dans ces pays, les médecins travaillent habituellement pour le secteur public et gagnent un revenu supplémentaire en dispensant à une clientèle privée des services facturés à l'acte. Il y a lieu de noter cependant que, dans tous ces pays, le secteur privé à but lucratif est assez petit.

Les restrictions imposées au Canada sur le rôle de l'assurance-santé privée et sur le déconventionnement des médecins n'ont pas d'équivalent dans les autres pays de l'OCDE. Toutefois, des pressions croissantes s'exerceront en faveur du relâchement de ces restrictions et de la création d'un système privé parallèle d'assurance-santé et de prestation de soins si le régime public ne peut pas offrir les services nécessaires en temps opportun. Glouberman et Vining avaient déjà fait cette observation en 1996 lorsqu'ils ont dit ceci :

> *Il est évident que toute initiative importante (qu'elle soit implicite ou explicite) pour rationner encore plus les soins de santé dispensés par le régime public augmentera la demande de soins financés par des sources privées*[380].

Jeffrey Lozon, président-directeur général de l'Hôpital St. Michael's de Toronto et ancien sous-ministre de la Santé de l'Ontario, a posé la question suivante au Comité :

> *S'il n'est plus question d'une assurance privée [...], inévitablement, il reste la question des augmentations d'impôt, que ce soit un impôt spécialement affecté ou non. Je soulèverais la question suivante : pourquoi ne pas permettre aux gens qui le veulent de contracter une assurance-santé qui leur accorderait un niveau de soins autre [...]?*

---

[378] Le cas est en fait de plus en plus fréquent dans les pays scandinaves du fait de leur nouvelle garantie de soins de santé.

[379] Cam Donaldson et Gillian Currie, *The Public Purchase of Private Surgical Services: A Systematic Review of the Evidence on Efficiency and Equity*, Institute of Health Economics (Alberta), document de travail 00-9, 2000.

[380] Steven Glouberman et Aidan Vining, *Cure or Disease? Private Health Insurance in Canada*, Université de Toronto, 1996, p. 61.

Pourquoi ne pas permettre aux personnes qui ont ce qu'il faut pour dire: «Je ne veux pas attendre pendant six mois pour un remplacement de la hanche» d'acheter le service en question[381]*?*

16.2 Examen de la documentation récente sur les effets d'un système privé d'assurance-santé et de prestation de soins à but lucratif

D'après les partisans d'un système privé parallèle, un tel système peut favoriser la viabilité du système public (en réduisant les pressions causées par la hausse des coûts publics), améliorer l'accès au système public (en réduisant les délais d'attente) et en augmenter la qualité (grâce à la concurrence). De plus, l'assurance-santé privée donnerait aux patients un plus grand choix et une meilleure qualité de services sans compromettre le système public.

Par contre, les adversaires d'un système privé parallèle soutiennent que ce système créerait « deux niveaux » de soins, compromettrait l'équité, ferait monter les coûts et réduirait la qualité et l'accessibilité du système public au fur et à mesure que les gens qui ont les moyens de payer une assurance privée quitteraient le système public pour s'adresser à des établissements privés. Ils estiment par ailleurs que la rémunération supérieure obtenue pour un travail équivalent dans le système privé attirera probablement beaucoup de membres du personnel du système public, ce qui allongera les délais d'attente du régime public tant que le pays ne disposera pas d'un nombre suffisant de médecins et d'infirmières. En outre, ils affirment que le secteur privé à but lucratif se livre à un « écrémage », c'est-à-dire qu'il choisit les cas simples (et donc moins coûteux à traiter) – les interventions chirurgicales non urgentes et les autres cas du genre – en laissant au régime public les cas urgents, complexes et coûteux, ce qui a pour effet de relever substantiellement les coûts unitaires du régime public.

La réalité se situe quelque part entre ces deux points de vue extrêmes. Que révèlent les données internationales? Voici les résultats d'un examen de la documentation récente relative aux systèmes privés d'assurance-santé et de prestation de soins[382] :

- Au Royaume-Uni (comme en Nouvelle-Zélande), l'assurance-santé privée a favorisé le développement d'un système privé de prestation de soins. Dans les deux pays, les médecins sont autorisés à travailler pour les secteurs public et

---

[381] Jeffrey Lozon (53:64).

[382] Voir les documents suivants :

Brian Lee Crowley, *Private Financing, Private Delivery. Two Tier Health Care?*, communication présentée à la Conférence nationale sur le leadership dans les soins de santé, Halifax, 27 mai 2002.

Stefan Greß et coll., *Private Health Insurance in Social Health Insurance Countries – Market Outcomes and Policy Implications*, document de travail, février 2002.

Jeremiah Hurley et coll., *Parallel Private Health Insurance in Australia: A Cautionary Tale and Lessons for Canada*, Centre for Health Economics and Policy Research Analysis, Université McMaster, document de travail 01-12, décembre 2001.

Colleen M. Flood, Mark Stabile et Carolyn Hughes Tuohy, *Lessons From Away: What Canada Can Learn From Other Health Care Systems*, document produit pour le Comité, 30 avril 2001.

Colleen M. Flood et Tom Archibald (mars 2001), *op. cit.*

Raisa Deber et coll., « Why not Private Health Insurance? 1. Insurance Made Easy », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 161, nº 5, 7 septembre 1999, p. 539-542.

Carolyn H. Tuohy, Colleen M. Flood et Mark Stabile, *How Does Private Finance Affect Public Health Care Systems? Marshalling the Evidence From OECD Countries*, document présenté au *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Université de Toronto.

privé. Ils travaillent habituellement pour le secteur public et gagnent un revenu supplémentaire en dispensant à une clientèle privée des services facturés à l'acte.

- Au Royaume-Uni (comme en Allemagne et aux Pays-Bas), les assureurs privés paient beaucoup plus cher que le régime public pour les mêmes services de santé. Ainsi, les médecins gagnent trois à quatre fois plus dans le secteur privé que dans le cadre du Système national de soins de santé (NHS) en dispensant le même service.

- Les hôpitaux privés sont bien établis au Royaume-Uni, au point où le NHS fait appel à eux lorsque les temps d'attente du secteur public deviennent trop longs (tout comme certains gouvernements provinciaux du Canada font appel à des services de santé privés des États-Unis pour réduire les files d'attente).

- En Australie, les patients ayant une assurance privée peuvent choisir leur médecin lorsqu'ils sont hospitalisés. D'après les données recueillies, ces patients accèdent plus rapidement aux traitements que les patients du régime public, qui doivent attendre leur tour. C'est la même chose en Suède et au Royaume-Uni dans le cas des patients aisés qui ont une assurance privée.

- En Australie, les délais d'attente du régime public n'ont pas changé après l'adoption de la politique subventionnant l'achat de polices privées d'assurance-santé. De même, les données recueillies en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni permettent de croire que, même si les longues périodes d'attente font monter la demande d'assurance-santé privée, l'existence d'une telle assurance ne réduit pas les délais d'attente du régime public.

- D'après les données recueillies en Australie et au Royaume-Uni, les systèmes privés parallèles de prestation de soins tendent à offrir une gamme de services limitée dans des créneaux particuliers axés le plus souvent sur des interventions relativement simples, peu complexes et sans urgence, ce qui laisse au régime public les cas les plus coûteux et ceux qui nécessitent des soins polyvalents.

- Aux Pays-Bas, le gouvernement fixe le plafond des honoraires que les médecins peuvent facturer aux patients ayant une assurance privée, ce qui réduit la tentation d'accorder un traitement privilégié à ces derniers par rapport aux patients du régime public.

- Également aux Pays-Bas, deux facteurs empêchent la transition vers un système « à deux niveaux ». D'abord, ceux qui décident de souscrire une assurance-santé privée ne peuvent pas s'en remettre au régime public pour certains de leurs besoins de santé. Les assureurs privés doivent assumer tous les besoins. Ils ne peuvent pas limiter leurs services à certains soins, par exemple les interventions chirurgicales non urgentes (comme c'est le cas au Royaume-Uni). Ensuite, le fait d'avoir une assurance privée ne permet pas aux Néerlandais d'accéder plus rapidement aux traitements : il est jugé contraire au code d'éthique médical d'accorder la préférence à des patients

ayant une assurance privée. Les clients privés et publics sont traités en même temps dans les mêmes hôpitaux.

- En Allemagne, une assurance-santé privée assure en général des soins plus complets et plus rapides que l'assurance-santé publique.
- En Allemagne et aux Pays-Bas, le gouvernement contrôle de très près l'assurance-santé privée pour que les primes soient abordables et pour empêcher les assureurs de limiter à leur gré les risques à couvrir.
- En Australie, en Suède et au Royaume-Uni, les gens qui souscrivent une assurance-santé privée ne peuvent pas déduire les primes de leur revenu dans le calcul de leurs impôts et sont soumis aux mêmes taux d'imposition que les autres. Ainsi, ils doivent payer double, en finançant l'assurance-santé publique à titre de contribuables et en versant des primes privées. Ce n'est pas le cas en Allemagne et aux Pays-Bas, où les personnes ayant une assurance privée ne sont pas tenues de cotiser aux fonds publics d'assurance-santé.
- Les données recueillies dans 22 pays de l'OCDE montrent que l'augmentation des dépenses privées consacrées aux soins de santé se traduit avec le temps par des baisses du financement des services publics de santé. Cela tend à confirmer, dans une certaine mesure, la crainte que le financement privé ne se substitue au financement public et le réduise au lieu de s'y ajouter.

Compte tenu des données recueillies dans d'autres pays présentées ci-dessus, le Comité est d'avis qu'aucun pays doté de systèmes parallèles public et privé d'assurance-santé et de prestation de soins ne peut offrir au Canada un modèle à adopter tel quel.

Compte tenu des données recueillies dans d'autres pays, le Comité est d'avis qu'aucun pays doté de systèmes parallèles public et privé d'assurance-santé et de prestation de soins ne peut offrir au Canada un modèle à adopter tel quel.

Les pays dans lesquels un système privé parallèle fait concurrence à un régime public d'assurance-santé connaissent un certain nombre de problèmes : choix des risques à assumer et « écrémage », listes d'attente aussi longues dans le secteur public, traitement préférentiel des personnes ayant une assurance privée. Ces préoccupations devront être prises en compte si les gouvernements ne réussissent pas, pour une raison ou une autre, à fournir un financement suffisant pour assurer des soins en temps opportun dans le contexte de notre système de soins de santé public.

16.3 Commentaires du Comité

Si les gouvernements n'assurent pas un financement suffisant qui permette la prestation de services de santé efficaces et opportuns, le Comité est d'avis que, pour paraphraser l'article 1er de la *Charte canadienne des droits et libertés*, il ne serait ni juste ni raisonnable, dans une société libre et démocratique, de nier aux Canadiens le droit de souscrire de l'assurance-santé privée. Les citoyens doivent pouvoir acheter une assurance complémentaire privée couvrant les services que le financement public ne permet pas de leur fournir dans des délais raisonnables.

Tout en considérant qu'une telle évolution serait très regrettable et en reconnaissant que beaucoup de Canadiens s'y opposeraient fermement, le Comité estime important de noter deux faits :

- d'abord, comme l'indique la section 16.2, le Canada est le *seul* grand pays industrialisé qui n'ait pas au moins quelques éléments d'un système privé parallèle de services hospitaliers et de services fournis par les médecins;
- ensuite, le système canadien *actuel* n'est pas aussi uniforme et équitable que certains l'affirment.

En réalité, les gens qui en ont les moyens vont déjà à l'étranger (habituellement aux États-Unis) pour obtenir les soins qu'ils jugent nécessaires s'ils trouvent les files d'attente trop longues au Canada.

De plus, d'après des données anecdotiques dignes de foi, la situation au Canada est assez semblable à celle qui existe en Australie où, selon l'un des témoins australiens qui a déposé devant le Comité, « l'accès aux services publics [de santé] est ordinairement plus facile pour les gens riches et puissants qui connaissent les rouages du système et ont les contacts voulus dans les services opérationnels et administratifs des hôpitaux ».

De plus, dans la plupart des provinces, les Commissions des accidents du travail obtiennent un accès préférentiel aux soins pour leurs clients en affirmant que ceux-ci doivent pouvoir reprendre leurs fonctions le plus rapidement possible (ce qui, bien entendu, permet aux Commissions de réaliser des économies). Certaines commissions provinciales ont d'ailleurs passé avec des hôpitaux des contrats leur assurant un nombre prescrit de lits et d'interventions diagnostiques, ce qui accélère l'accès de leurs patients aux services de santé. Les Commissions versent aussi directement à des médecins, pour les services qu'elles obtiennent, des paiements qui ne font pas partie du plafond de revenu que pourrait imposer la province.

Les Canadiens doivent tenir compte de tous ces faits avant de décider s'ils veulent que le gouvernement fédéral appuie ou rejette la recommandation du Comité relative à un investissement annuel supplémentaire de cinq milliards de dollars dans le système de soins de santé.

Le Comité se rend compte qu'il risque de vexer des gens en soulevant l'éventualité de la création d'un système privé parallèle de soins de santé. Ces personnes affirmeront probablement qu'il est possible pour les Canadiens de garder le régime public actuel d'assurance-santé sans avoir à y injecter d'importantes sommes (comme les cinq milliards de dollars que le Comité propose). Ces gens diront, par exemple, ce qui suit :

- Le système actuel étant inefficace, la restructuration permettra d'économiser suffisamment de fonds pour compenser la hausse des coûts. Le Comité est souvent revenu sur l'importance d'augmenter l'efficacité et l'efficience de la gestion et de la prestation de soins de santé (voir volume cinq, chapitre 2, et les chapitres 2, 3 et 4 du présent volume). En même temps, il a soutenu à maintes reprises que les renseignements réunis *ne permettent pas* de croire que les gains d'efficacité seront suffisants à eux seuls pour éviter d'avoir à injecter d'importantes sommes supplémentaires dans le système, surtout s'il faut

combler les fossés de plus en plus nombreux qui s'y creusent. En même temps, il est très couramment sinon universellement reconnu qu'il faut d'importants fonds additionnels afin de réaliser les changements massifs et fondamentaux nécessaires pour que le système de soins de santé puisse vraiment répondre à des normes acceptables d'efficacité et d'efficience et parvenir aux résultats auxquels les Canadiens sont en droit de s'attendre.

- De plus, ceux qui affirment que seules des mesures d'amélioration de l'efficacité sont nécessaires pour rétablir le système de soins de santé font abstraction de deux faits importants. D'abord, la restructuration coûte de l'argent dans n'importe quel secteur, de l'argent qu'il faut dépenser avant de pouvoir réaliser des économies grâce aux gains d'efficacité obtenus. Ensuite, il est probable qu'il faudra une dizaine d'années pour terminer la restructuration. De toute évidence, on ne pourra pas attendre aussi longtemps sans trouver de nouveaux fonds.

- On soutiendra aussi que les cinq milliards de dollars additionnels peuvent être prélevés dans l'excédent budgétaire fédéral. Cet argument fait cependant abstraction du fait qu'il existe d'autres secteurs qui ont un besoin urgent de fonds, comme l'agriculture, les Forces canadiennes, l'infrastructure des grandes villes du Canada, etc. Le Comité *ne croit pas* qu'il conviendrait de consacrer la majorité d'un excédent budgétaire fédéral exclusivement ou même principalement aux soins de santé. De plus, comme les excédents augmentent et diminuent (comme maintenant) selon la conjoncture économique, il ne serait pas sage que le gouvernement fonde l'avenir du système canadien de soins de santé sur les fluctuations du cycle économique.

Par conséquent, le Comité rejette catégoriquement le point de vue selon lequel les problèmes du système canadien de soins de santé peuvent être résolus sans qu'il en coûte rien aux Canadiens. Nous croyons que les Canadiens, par l'entremise de leur gouvernement fédéral, doivent absolument faire le choix entre consacrer beaucoup plus d'argent au système de soins de santé ou laisser les tribunaux trancher en faveur de la création d'un système privé parallèle.

Le Comité croit que les Canadiens, par l'entremise de leur gouvernement fédéral, doivent absolument faire le choix entre consacrer beaucoup plus d'argent au système de soins de santé ou laisser les tribunaux trancher en faveur de la création d'un système privé parallèle.

Partie VIII : La *Loi canadienne sur la santé*

CHAPITRE DIX-SEPT

LA *LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ*

Dans le volume un, le Comité a décrit l'évolution des principes pancanadiens du système de soins de santé du Canada. Nous avons souligné que même si la prestation des soins de santé est principalement un secteur de compétence provinciale-territoriale, il ne fallait pas conclure à l'absence d'intérêts nationaux. Le gouvernement fédéral, pour sa part, a établi des principes nationaux et a aidé à payer le coût des soins de santé, d'abord selon une formule de partage des frais (de 1966 à 1977) et ensuite par financement global[383].

Ces principes nationaux figurent dans la *Loi canadienne sur la santé* (la Loi), qui a été adoptée *à l'unanimité* par le Parlement en avril 1984. Les cinq principes nationaux contenus dans la Loi sont :

- le principe **d'universalité,** qui signifie que tous les Canadiens ont droit à un régime public d'assurance-santé;
- le principe **d'intégralité**, qui signifie que tous les services médicalement nécessaires fournis par des hôpitaux ou des médecins sont couverts par l'assurance-santé publique;
- le principe **d'accessibilité**, qui décourage le recours à des mesures financières ou autres pouvant faire obstacle à la prestation des services de santé publics, afin que tous les Canadiens aient accès aux services de santé quand ils en ont besoin;
- le principe de **transférabilité**, qui signifie que tous les Canadiens sont couverts par l'assurance-santé publique, même quand ils voyagent au Canada ou à l'étranger, ou qu'ils déménagent dans une autre province;
- le principe de **gestion publique**, qui exige que les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux soient gérés par un organisme public sans but lucratif. (Ce principe ne précise rien au sujet de la nature des établissements de *prestation* de services de santé.)

Comme il l'a expliqué dans le volume un, le Comité considère que les quatre premiers principes de la *Loi canadienne sur la santé* sont axés sur le patient. Le cinquième principe – soit celui de **gestion publique** – est d'une toute autre nature. Il ne met pas l'accent sur le patient, mais « plutôt sur les moyens de réaliser les objectifs visés par les quatre autres principes[384] ». C'est ce principe qui constitue la base du modèle de la source unique d'assurance ou de financement que le Comité prône comme principe premier, dans le volume cinq[385].

---

[383] Voir le volume un, chapitre deux, p. 33-48.
[384] Volume un, p. 43.
[385] Volume cinq, p. 25-27.

Ensemble, les cinq principes de la *Loi canadienne sur la santé* visent deux objectifs primordiaux de la politique fédérale en matière de soins de santé, objectifs que le Comité appuie sans réserve. Ces deux objectifs, déjà présentés dans le volume quatre, sont :

- Tous les Canadiens doivent avoir accès *en temps opportun* aux services de santé médicalement nécessaires *sans égard* à leur capacité de payer;
- Aucun Canadien ne doit subir de difficultés financières excessives du fait du coût des soins de santé[386].

Toutes les recommandations faites par le Comité dans le présent rapport visent à favoriser la réalisation des deux objectifs primordiaux d'intérêt public, par des moyens qui sont conformes aux principes de la Loi canadienne sur la santé.

Chaque recommandation faite dans le présent rapport concernant 1) la restructuration du système hospitalier et médical, 2) l'établissement d'une garantie nationale en matière de soins de santé, 3) l'amélioration de l'infrastructure des soins de santé et 4) la bonification du financement fédéral des soins de santé, vise à favoriser la réalisation de ces deux objectifs primordiaux d'intérêt public, par des moyens qui sont conformes aux principes de la *Loi canadienne sur la santé*. Adoptées ensemble, ces recommandations garantiront la viabilité à long terme du régime d'assurance-santé canadien.

Les recommandations du Comité touchant l'élargissement de la couverture publique des soins de santé visent en outre à préserver les objectifs primordiaux de la politique fédérale en matière de santé, mais nous reconnaissons que quelques-unes des caractéristiques du programme d'expansion proposé ne sont pas conformes à la *Loi canadienne sur la santé*. Soulignons tout particulièrement à cet égard la proposition qui fixerait à un maximum de 3 % du revenu familial les coûts que les particuliers doivent payer de leur poche pour l'achat de médicaments de prescription au coût exorbitant.

Les recommandations du Comité doivent être jugées en fonction des principes établis dans la Loi canadienne sur la santé et du potentiel de réalisation des deux objectifs stratégiques fédéraux en matière de soins de santé.

Dans le présent chapitre, les principes de la Loi sont décrits et interprétés à la lumière des recommandations du Comité. Celles-ci doivent être jugées en fonction des principes établis dans la *Loi canadienne sur la santé* et du potentiel de réalisation des deux objectifs stratégiques fédéraux en matière de soins de santé.

17.1 Universalité

Le principe d'universalité de la *Loi canadienne sur la santé* exige que *tous* les résidents d'une province ou d'un territoire aient droit, selon des modalités uniformes, aux services de santé financés par l'État couverts par les régimes provinciaux-territoriaux. Les Canadiens considèrent souvent l'universalité comme une valeur fondamentale qui garantit un régime national d'assurance-santé pour tout le monde, peu importe le lieu de résidence au pays.

---

[386] Volume quatre, p. 18.

L'universalité ne dicte pas une source en particulier pour le financement du régime d'assurance-santé. En fait, les provinces et territoires peuvent financer leurs régimes universels comme ils le veulent, et c'est ce qu'ils font, au moyen de primes ou d'un impôt spécial ou général. Par contraste, l'assurance-santé universelle en Allemagne et aux Pays-Bas est offerte au moyen d'un système de charges sociales spécifiques.

De plus, l'universalité n'est pas nécessairement assurée uniquement à l'aide de fonds publics. Par exemple, en Allemagne et aux Pays-Bas, la couverture universelle des services de santé est garantie à la fois par les caisses maladie (régimes publics) et les assureurs privés. De même, le programme d'assurance-médicaments du Québec assure une couverture universelle à l'aide du recours combiné à l'assurance privée et à l'assurance publique.

Avant tout, le principe de couverture universelle *ne signifie pas* nécessairement une couverture au premier dollar. En fait, les pays qui offrent une assurance-santé universelle, comme l'Australie, l'Allemagne, les Pays-Bas et la Suède, permettent les frais d'utilisation et la surfacturation pour les services assurés à même les fonds publics. Au Canada, la couverture au premier dollar pour les services médicaux et hospitaliers financés par l'État est obligatoire en vertu des dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* qui interdit explicitement les frais d'utilisation et la surfacturation (voir la section 17.3 ci-dessous).

Le Comité estime important de souligner que le principe de couverture universelle ne signifie pas nécessairement une couverture au premier dollar.

Le principe d'universalité tient à coeur au Comité. Il fait en sorte que tout le monde a accès aux services de santé publics partout et que personne n'est exclu en raison de facteurs comme le revenu, l'âge ou l'état de santé. Nous croyons que l'assurance universelle et l'accès qu'elle offre à un système médical et hospitalier public a extrêmement bien servi les Canadiens. Il faut donc la conserver.

Dans le même ordre d'idées, le Comité croit fermement que l'élargissement de la couverture publique recommandé dans le présent rapport doit reposer sur le principe d'universalité. Le Comité est d'avis que la couverture des coûts exorbitants de médicaments de prescription, des soins à domicile post-hospitaliers et des soins palliatifs externes doit être fournie à *tous* les Canadiens lorsqu'ils en ont besoin.

Le Comité est d'avis que la couverture des coûts exorbitants de médicaments de prescription, des soins à domicile post-hospitaliers et des soins palliatifs externes doit être fournie à tous les Canadiens lorsqu'ils en ont besoin.

17.2 Intégralité

Les services de santé qui doivent être couverts en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* sont déterminés selon la notion de « nécessité médicale » que comporte le principe d'intégralité. Tous les services hospitaliers et les services médicaux médicalement nécessaires doivent être couverts par les régimes d'assurance-santé provinciaux-territoriaux.

Il est difficile de déterminer ce que l'on doit considérer comme « médicalement nécessaire ». La plupart des Canadiens s'accordent pour dire qu'une chirurgie cardiaque essentielle à la survie est médicalement nécessaire. La plupart des Canadiens s'accordent

également pour dire que la majorité des cas de chirurgie esthétique ne répondent pas aux critères de nécessité médicale. La difficulté réside dans les services qui se situent entre ces deux extrêmes.

Depuis la création du régime d'assurance-santé canadien, il a toujours fallu décider quels services devaient être assurés et lesquels devaient être exclus. Ces décisions sont prises par chaque province et territoire, après négociation avec la profession médicale. C'est pourquoi il existe des différences entre les provinces et territoires relativement à ce qui est couvert par les fonds publics. Par exemple, comme nous l'avons indiqué dans le volume un, l'enlèvement des verrues n'est plus couvert en Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick, en Ontario, au Manitoba, en Alberta, en Saskatchewan et en Colombie-Britannique, mais ce service reste assuré à Terre-Neuve, au Québec et à l'Île-du-Prince-Édouard. Dans le même ordre d'idées, la gastroplastie est couverte dans la plupart des provinces, mais elle n'est pas assurée au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse ou au Yukon, où les patients doivent payer pour recevoir ce traitement (ou recourir à leur assurance-santé privée complémentaire)[387].

Le Comité s'est fait dire à maintes reprises que les gouvernements procèdent à huis clos, de concert avec les associations médicales provinciales et territoriales mais sans participation du public, pour déterminer quels services sont couverts par les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux. Le processus n'est ni ouvert ni transparent. Par exemple, l'Association canadienne des soins de santé a fait remarquer que :

> *Les radiations unilatérales de services par les gouvernements ne sont certainement pas au mieux des intérêts des Canadiens.*
>
> *(...) Toute discussion ou décision concernant l'ensemble de services offerts doit reposer sur des faits et suivre un processus ouvert et transparent qui fait intervenir de façon significative tous les intervenants*[388].

Le Comité est d'accord avec l'Association canadienne des soins de santé et de nombreux autres témoins selon lesquels la transparence exige que le processus de décision concernant l'étendue de la couverture publique soit beaucoup plus ouvert qu'il ne l'a été jusqu'à présent.

Le Comité est d'accord avec de nombreux témoins selon lesquels la transparence exige que le processus de décision concernant l'étendue de la couverture publique soit beaucoup plus ouvert qu'il ne l'a été jusqu'à présent.

Le Comité a donc, pour cette raison, énoncé au volume cinq le principe quatre, qui stipule que la détermination des services couverts par l'assurance-santé publique doit se faire d'une façon ouverte et transparente[389]. Ce principe correspond également aux points de vue exprimés dans le rapport de la Commission Clair au Québec et dans le rapport Mazankowski en Alberta, qui recommandent tous les deux de revoir le principe d'intégralité de la *Loi canadienne sur la santé*. Les deux rapports recommandent l'établissement d'un comité permanent, composé de citoyens, d'éthiciens, de fournisseurs de soins de santé et de scientifiques, et chargé d'examiner les services et de décider lesquels doivent être assurés par l'État. Cet examen servira à décider du

---

[387] Volume un, p. 108-109.
[388] Association canadienne des soins de santé, mémoire présenté au Comité en mai 2002, p. 3-4.
[389] Volume cinq, p. 32-33.

mode de financement – public ou privé – des divers services de santé; il permettra en outre de se fonder sur des faits (au lieu de suivre l'actuel processus de négociation) pour choisir les services qui seront couverts par l'assurance-santé publique.

Le Comité croit fermement que le comité permanent chargé d'examiner l'ensemble des services de santé financés par l'État doit être diversifié et ne pas être composé exclusivement de spécialistes. Nous croyons que la participation des personnes qui sont touchées directement par les décisions, c'est-à-dire les citoyens, est essentielle pour que le processus soit vraiment ouvert et qu'il soit crédible et accepté par la population.

Le Comité croit également qu'il doit y avoir des normes nationales pour définir les services publics couverts dans chaque province et territoire. De telles normes assureront une plus grande uniformité dans la couverture publique des soins de santé à l'échelle du pays. Par conséquent, le Comité recommande :

Que le gouvernement fédéral, en collaboration avec les provinces et territoires, établisse un comité permanent – soit le comité sur la couverture de l'assurance-santé publique – constitué de citoyens, d'éthiciens, de fournisseurs de soins de santé et de scientifiques.

Que ce comité ait pour mandat d'examiner les services et de recommander ceux qui doivent être couverts par l'assurance-santé publique.

Que le comité sur la couverture de l'assurance-santé publique rende compte de ses constatations et recommandations au conseil national des soins de santé.

Que, en premier lieu, le comité sur la couverture de l'assurance-santé publique soit chargé d'élaborer des normes nationales pour orienter les décisions relatives à la couverture publique des soins de santé.

Il faut reconnaître que l'examen de l'ensemble des services de santé publics assurés ne vise pas à réduire les coûts, mais à améliorer la transparence et à permettre des décisions fondées sur les faits relativement à l'intégralité de ces services. Un tel examen a pour objet d'utiliser la recherche clinique reposant sur des données probantes pour assurer que les services de santé financés par l'État sont les plus efficaces sur le plan clinique pour ce qui est de prévenir la maladie, de rétablir et de conserver la santé et de soulager la douleur et la souffrance.

Une autre critique importante relativement au principe d'intégralité de la *Loi canadienne sur la santé* a trait à la portée limitée de la couverture. Dans le volume un, le Comité a indiqué que la *Loi canadienne sur la santé* était très limitée : elle est centrée sur les services de santé médicalement nécessaires dispensés par les hôpitaux et les médecins. De plus, la Loi s'applique à une gamme décroissante de soins, puisque les hôpitaux dispensent maintenant moins de services. Grâce aux nouvelles connaissances et technologies, un nombre croissant de services de santé

peuvent être dispensés à domicile ou comme soins ambulatoires, de façon sûre et efficace. Les séjours à l'hôpital sont de plus courte durée, et la pharmacothérapie permet souvent d'éviter complètement les soins hospitaliers.

Comme l'a souligné le Comité dans le volume trois, le Canada est très différent des autres pays de l'OCDE en ce qui concerne l'envergure de la couverture publique d'assurance-santé. De nombreux pays qui consacrent une part comparable de leurs dépenses publiques aux soins de santé offrent une couverture beaucoup plus large que le Canada, englobant les médicaments de prescription (Australie, Allemagne, Suède, Royaume-Uni), les soins à domicile (Allemagne, Suède) et les soins de longue durée (Allemagne, Pays-Bas).

Comme le Comité l'a indiqué ailleurs dans le présent rapport, lorsque les services et les médicaments de prescription sont dispensés à l'extérieur des hôpitaux, ils ne sont pas régis par la *Loi canadienne sur la santé*. Par conséquent, ces services ne sont d'habitude pas fournis gratuitement aux patients et ils ne sont pas nécessairement dispensés en fonction des principes d'accessibilité, d'intégralité et d'universalité[390]. De plus, d'après les témoignages présentés au Comité, de plus en plus souvent, des citoyens canadiens portent de lourds fardeaux financiers parce qu'ils doivent débourser de leur poche des frais très élevés pour obtenir ces services.

Le Comité s'est fondé sur les témoignages recueillis au cours de ses audiences pour conclure, comme il l'a expliqué en détail dans les chapitres sept, huit et neuf du présent rapport, qu'il faut élargir la couverture du régime d'assurance-santé public pour englober trois nouveaux éléments : les coûts exorbitants de médicaments de prescription, le coût des soins à domicile post-hospitaliers et le coût des soins palliatifs à domicile.

Le Comité est d'avis que l'élargissement de la couverture publique des soins de santé pour inclure les coûts exorbitants de médicaments de prescription, le coût des soins à domicile post-hospitaliers et le coût des soins palliatifs à domicile est conforme aux objectifs premiers de la politique fédérale en matière de soins de santé.

Le Comité est d'avis que l'élargissement de la couverture publique des soins de santé pour inclure les coûts exorbitants de médicaments de prescription, le coût des soins à domicile post-hospitaliers et le coût des soins palliatifs à domicile est conforme aux objectifs premiers de la politique fédérale en matière de soins de santé. L'inclusion des coûts exorbitants de médicaments de prescription est particulièrement importante si nous voulons atteindre le deuxième objectif de la politique fédérale, soit qu'aucun Canadien ne subisse de difficultés financières excessives du fait du coût des soins de santé.

Le Comité reconnaît qu'il faudra établir des paramètres nationaux pour les soins à domicile post-hospitaliers et les soins palliatifs externes, dont l'inclusion serait conforme à l'intention première du programme national d'assurance-santé. Le comité sur la couverture de l'assurance-santé publique pourrait jouer un rôle important à cet égard. Par conséquent, le Comité recommande :

---

[390] Volume un, p. 36-39.

Que le comité sur la couverture de l'assurance-santé publique soit chargé de déterminer les paramètres nationaux applicables aux soins à domicile post-hospitaliers et aux soins palliatifs dispensés à domicile.

17.3 Accessibilité

Le principe d'accessibilité de la *Loi canadienne sur la santé* stipule que les Canadiens doivent avoir un « accès satisfaisant » aux services hospitaliers et médicaux assurés. Cependant, la Loi ne définit pas clairement ce qui constitue un accès satisfaisant. Au début, on a voulu éliminer les obstacles financiers, mais récemment, la question de l'accès aux soins de santé a été liée principalement aux problèmes de périodes d'attente. Le système de santé actuel vit sans contredit un important problème d'accès *en temps opportun*. Comme il l'a indiqué précédemment, le Comité est d'avis que l'expression « accès en temps opportun » décrit plus exactement ce que la population canadienne attend du régime public d'assurance-santé que l'expression « accès satisfaisant ».

Le Comité est d'avis que la garantie nationale de soins de santé constitue l'essence d'un système axé sur le patient et du « contrat » passé entre les Canadiens et leurs gouvernements.

Le Comité croit que puisque les gouvernements ont la responsabilité de prévoir le financement nécessaire pour assurer la prestation adéquate des services hospitaliers et médicaux essentiels, cette responsabilité comporte l'obligation d'établir des normes d'accès satisfaisant. Il s'agit de l'essence d'un système axé sur le patient et du « contrat » de soins de santé passé entre les Canadiens et leurs gouvernements. Le Comité est d'avis qu'une garantie fixant une période d'attente maximale pour les services couverts par l'assurance-santé publique répondrait à cette obligation. Par conséquent, nous avons recommandé au chapitre six l'établissement d'une garantie nationale de soins de santé.

Comment (et où) une garantie nationale de soins de santé s'inscrit-elle dans le contexte de la *Loi canadienne sur la santé*? Il existe plusieurs possibilités :

1. La garantie de soins de santé pourrait être ajoutée comme sixième principe à la Loi. Les gouvernements provinciaux et territoriaux qui ne respectent pas la garantie nationale de soins de santé seraient passibles des pénalités financières déjà prévues dans la *Loi canadienne sur la santé*.

2. La garantie de soins de santé pourrait être annexée à la *Loi canadienne sur la santé* ou énoncée dans le préambule de la Loi. Le gouvernement fédéral ne disposerait alors d'aucun moyen pour appliquer la garantie ou imposer des pénalités.

3. La garantie nationale de soins de santé pourrait figurer dans une nouvelle loi, semblable à la *Loi canadienne sur la santé*, mais assujettie à des principes différents et prévoyant d'autres mécanismes d'application et des pénalités différentes.

Le Comité a conclu que le mieux serait que la garantie nationale de soins de santé soit mise en œuvre au moyen de mesures législatives *distinctes* de la *Loi canadienne sur la santé*. Une

nouvelle loi portant création de la garantie assurera que la définition d'un accès *en temps opportun* aux services hospitaliers et médicaux nécessaires est établie de façon uniforme à l'échelle du pays et que le gouvernement fédéral joue un rôle important à l'égard de cette garantie. Par conséquent, le Comité recommande :

Le Comité a conclu que le mieux serait que la garantie nationale de soins de santé soit mise en œuvre au moyen de mesures législatives distinctes de la Loi canadienne sur la santé.

Que le gouvernement fédéral adopte une nouvelle loi portant création de la garantie nationale de soins de santé. La nouvelle loi comprendra une définition de la notion d'« accès en temps opportun » que prévoit une telle garantie.

La *Loi canadienne sur la santé* comporte une autre disposition importante relativement à l'accessibilité, soit que les gens assurés aient accès aux services hospitaliers et médicaux selon des modalités uniformes et sans obstacle financier. C'est pour cette raison que les frais d'utilisation et la surfacturation ne sont pas autorisés pour les services couverts en vertu de la *Loi canadienne sur la santé.*

Toutefois, il faut décider si les patients devront contribuer financièrement aux nouveaux services de santé publics que nous proposons. Le Comité croit que le Canada n'a pas les moyens d'offrir une couverture au premier dollar pour la vaste gamme de services de santé que le Comité recommande.

Toutefois, il faut décider si les patients devront contribuer financièrement aux nouveaux services de santé publics que nous proposons. Le Comité croit que le Canada n'a pas les moyens d'offrir une couverture au premier dollar pour la vaste gamme de services de santé que le Comité recommande. C'est pourquoi nous avons suggéré dans notre proposition relative aux coûts exorbitants de médicaments de prescription que les particuliers contribuent financièrement au coût des médicaments de prescription dont ils ont besoin.

Mais on déroge à la *Loi canadienne sur la santé* si l'on exige des patients une contribution financière à l'égard d'un ensemble élargi de services assurés par l'État. Il n'est donc pas possible d'ajouter tout simplement « les coûts exorbitants des médicaments de prescription» à la liste actuelle des services médicalement nécessaires établie par la *Loi canadienne sur la santé.*

La proposition du Comité d'élargir la couverture publique des soins de santé afin d'inclure les soins à domicile post-hospitaliers pour une période de trois mois et le coût des soins palliatifs à domicile semble conforme à l'esprit et à la lettre de la *Loi canadienne sur la santé.* Toutefois, le Comité recommande que l'élargissement de la couverture soit financé à l'aide d'un nouveau mécanisme de partage des frais complètement différent du TCSPS. Ce financement fédéral supplémentaire sera assujetti à plusieurs conditions (y compris la reddition de comptes et la transparence) qui ne sont pas imposées actuellement dans le cadre du TCSPS ou par la *Loi canadienne sur la santé.* Les fonds fédéraux pour couvrir des coûts exorbitants de médicaments de

prescription seront également versés par le truchement du nouveau mécanisme de financement et non dans le cadre du TCSPS.

Par conséquent, le Comité croit que l'élargissement de la couverture publique pour comprendre les coûts exorbitants de médicaments de prescription, les soins à domicile post-hospitaliers et les soins palliatifs à domicile doit être autorisé en vertu d'une nouvelle loi fédérale et non de la *Loi canadienne sur la santé* (voir la section 17.6 ci-après).

***Le Comité croit que l'élargissement de la couverture publique pour comprendre les coûts exorbitants de médicaments de prescription, les soins à domicile post-hospitaliers et les soins palliatifs à domicile doit être autorisé en vertu d'une nouvelle loi fédérale et non de la* Loi canadienne sur la santé.**

17.4 Transférabilité

Le critère de transférabilité de la *Loi canadienne sur la santé* exige que les provinces et les territoires assurent la couverture des services hospitaliers et médicaux médicalement nécessaires à leurs résidents même quand ceux-ci quittent temporairement la province ou le territoire (pour les affaires ou des vacances). Ainsi, les personnes peuvent s'absenter de leur province ou territoire de résidence et conserver leur couverture d'assurance-santé publique. Cette exigence de transférabilité s'applique aux services de santé d'urgence : les résidents doivent demander au préalable l'autorisation de leur régime provincial d'assurance-santé pour les services de santé non urgent (ou facultatifs) dispensés à l'extérieur de la province.

Le principe de la transférabilité s'applique également aux résidents qui quittent une province ou un territoire pour s'installer ailleurs au Canada : la province d'origine doit continuer d'offrir la couverture des services de santé assurés durant une période d'attente dans la province d'accueil ne dépassant pas trois mois. Après la période d'attente, la nouvelle province ou le nouveau territoire de résidence assume la responsabilité de la couverture de l'assurance-santé publique.

Les Canadiens ont également droit à la couverture de l'assurance-santé publique lorsqu'ils s'absentent temporairement du pays. Toutefois, la plupart des provinces limitent le remboursement du coût des services de santé d'urgence obtenus à l'extérieur du Canada dans le cadre de leur assurance-santé publique. Ainsi, les Canadiens sont fortement encouragés à acheter une assurance-santé privée complémentaire lorsqu'ils voyagent à l'étranger.

Au Canada, le principe de transférabilité que prévoit la *Loi canadienne sur la santé* est généralement appliqué au moyen d'ententes réciproques entre les provinces et territoires en vue de la facturation des services hospitaliers et médicaux. Ces ententes sont de nature interprovinciale et non fédérale et ne sont pas imposées par la *Loi canadienne sur la santé*[391]. Les taux prescrits dans ces ententes sont ceux de la province hôte (sauf pour le Québec qui paie ses taux provinciaux), et les ententes visent à assurer que les résidents canadiens qui se rendent dans une autre province ou un autre territoire n'auront pas à payer, dans la plupart des cas, des frais d'utilisation imposés au point de service pour des services médicaux ou hospitaliers médicalement nécessaires.

[391] Le gouvernement du Québec n'est pas toujours signataire de ces ententes.

La facturation réciproque est une mesure administrative commode, mais ce n'est pas la seule façon de répondre au critère de la Loi relatif à la transférabilité. Le principe de transférabilité est respecté si les patients sont priés de payer à l'avance et demandent un remboursement à leur province ou territoire de résidence, pourvu que l'accès à un service assuré médicalement nécessaire ne soit pas refusé à cause de l'incapacité de payer du patient[392].

Dans l'ensemble, le principe de transférabilité que prévoit la *Loi canadienne sur la santé* permet aux Canadiens d'avoir l'esprit tranquille lorsqu'ils voyagent au Canada ou lorsqu'ils déménagent pour s'installer dans une autre province ou un autre territoire. Avant tout peut-être, le principe de transférabilité est étroitement lié à celui d'universalité et encourage certainement l'uniformité de la couverture publique des soins de santé.

Le Comité croit que la transférabilité est un principe national important qui doit être maintenu si la couverture publique est élargie pour comprendre les coûts exorbitants de médicaments de prescription, les coûts des soins à domicile post-hospitaliers et ceux des soins palliatifs.

Le Comité croit que la transférabilité est un principe national important qui doit être maintenu si la couverture publique est élargie pour comprendre les coûts exorbitants de médicaments de prescription, les coûts des soins à domicile post-hospitaliers et ceux des soins palliatifs.

17.5 Gestion publique

Le principe de gestion publique contenu dans la *Loi canadienne sur la santé* concerne la *gestion* des régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-santé couvrant les services de santé médicalement nécessaires. Il stipule que les régimes d'assurance-santé des provinces et des territoires doivent être gérés par un organisme public sans but lucratif. Le principe de gestion publique a été souligné dans le volume cinq, au principe premier, selon lequel un assureur-bailleur de fonds unique – en l'occurrence le gouvernement – doit payer les services hospitaliers et médicaux couverts en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*[393].

De l'avis du Comité, un système à bailleur de fonds unique est beaucoup plus efficace que n'importe quel mode de financement à sources multiples et permet de réaliser des économies d'échelle sur les plans administratif, économique et informationnel. En outre, puisque le système public de services hospitaliers et médicaux fait déjà partie intégrante

De l'avis du Comité, un système à bailleur de fonds unique est beaucoup plus efficace que n'importe quel mode de financement à sources multiples et permet de réaliser des économies d'échelle sur les plans administratif, économique et informationnel. En outre, puisque le système public de services hospitaliers et médicaux fait déjà partie intégrante de la société canadienne, le Comité croit que le bailleur de fonds unique doit être le gouvernement.

---

[392] À l'heure actuelle, les résidents du Québec ne jouissent pas toujours de la transférabilité puisque de nombreux fournisseurs dans d'autres provinces refusent de les traiter s'ils ne paient pas les frais médicaux à l'avance. Cela est souvent impossible, et des résidents du Québec ont été transportés en ambulance sur de longues distances, dans des conditions difficiles, pour être ramenés au Québec.

[393] Volume cinq, p. 25-27.

de la société canadienne, le Comité croit que le bailleur de fonds unique doit être le gouvernement.

Dans le volume cinq, nous avons expliqué qu'un argument probant en faveur du maintien d'une source unique de financement ou d'assurance pour le système hospitalier et médical public est le vif appui que lui accordent les Canadiens. Le Comité convient que cet élément central de notre système doit être maintenu, *pourvu que* le système réponde aux normes de services de qualité élevée dispensés sans délai.

De nombreux témoins ont affirmé au Comité que d'accorder la responsabilité financière première à un seul bailleur de fonds donne lieu à une administration de l'assurance-santé plus efficace qu'elle ne le serait dans le cadre d'un système à plusieurs sources de fonds. Les témoins ont ajouté que le système public à assureur unique pour les services de santé médicalement nécessaires élimine les coûts liés à la mise en marché de polices d'assurance-santé concurrentielles, à la facturation et à la collecte de primes, ainsi qu'à l'évaluation des risques d'assurance.

Un autre argument solide en faveur de l'assurance-santé publique est que très peu de Canadiens peuvent se permettre de ne pas être assurés. Il est donc logique que tous soient couverts par un régime unique. Un système à assureur unique offrant une couverture universelle signifie également que personne ne se refusera les soins de santé nécessaires afin de satisfaire un autre besoin perçu comme plus urgent (peut-être s'alimenter, se loger, se vêtir, etc.). Et personne ne se verra refuser des soins nécessaires à cause de son incapacité de payer.

Mais le principe de partage des risques comporte un avantage important : plus le nombre de participants est élevé (tous les Canadiens), plus le coût d'assurance tous risques baisse.

Des témoins ont également indiqué au Comité qu'un assureur unique est très logique sur le plan économique pour l'industrie canadienne et que c'est un élément important de la capacité concurrentielle du Canada. Cet argument a été formulé de façon éloquente par Paul Darby, directeur des prévisions économiques et de l'analyse du Conference Board of Canada, qui a déclaré :

> *(...) notre système, qui est en grande partie à payeur unique, présente des avantages importants sur le plan de l'efficacité en général, et ces avantages aident à accroître notre compétitivité industrielle. Nous devons éviter de les perdre*[394].

Un modèle à bailleur unique veut dire qu'il n'y aura pas au Canada un secteur d'assurance privé parallèle qui fait concurrence à l'assurance publique pour le financement des services hospitaliers et médicaux dans le cadre de la *Loi canadienne sur la santé*, du moins dans les hôpitaux et chez les médecins qui dispensent des soins aux patients assurés par l'État.

Jusqu'à présent, le modèle à assureur unique a empêché l'émergence d'un système à deux vitesses qui, de l'avis de bien des gens, pourrait mettre en péril le système de

---

[394] Paul Darby, mémoire présenté au Comité le 3 juin 2002, p. 2.

santé public au Canada. Nous tenons toutefois à souligner qu'il existe des systèmes de soins de santé parallèles publics et privés dans la plupart des autres pays industrialisés.

Dans les chapitres cinq, six et seize, le Comité a exprimé la crainte que les lois qui empêchent l'avènement d'un système privé parallèle et qui donc aident à préserver le principe de gestion publique de la *Loi canadienne sur la santé* puissent être rejetées par les tribunaux si le système d'assurance-santé public ne réussit pas à dispenser *en temps opportun* des soins de qualité. Le cas échéant, le principe de gestion publique devra être revu. Mais le Comité estime que la mise en œuvre de ses recommandations permettra que notre système public de soins de santé assure des services de très haute qualité en temps opportun et fera que le modèle d'assureur unique pour les services hospitaliers et médicaux soit préservé.

Le Comité souhaite que le modèle d'assureur unique pour les services hospitaliers et médicaux soit préservé.

Comme nous l'avons indiqué dans le volume un, il est également important de comprendre clairement ce que le principe de gestion publique contenu dans la *Loi canadienne sur la santé* ne signifie pas. Ce principe vise la *gestion* de l'assurance-santé et non la *prestation* des services de santé assurés par l'État. La Loi n'interdit pas aux provinces ou territoires d'autoriser des fournisseurs de soins de santé privés (à but lucratif ou sans but lucratif), qu'ils soient des fournisseurs individuels ou institutionnels, à dispenser des services de santé assurés par la province et à se faire rembourser, tant qu'il n'y a pas surfacturation ni frais d'utilisation. C'est en fait ce que le régime d'assurance-santé canadien a toujours été – un programme d'assurance-santé national reposant principalement sur la *prestation privée* (dans un but lucratif ou non) de services hospitaliers et médicaux *assurés par l'État.*

Dans le volume un, le Comité a indiqué qu'il était également important de comprendre clairement ce que le principe de la gestion publique de la* Loi canadienne sur la santé *ne signifie pas. Ce principe vise la gestion de l'assurance-santé et non la prestation des services de santé assurés par l'État.

Le Comité craint que le principe de gestion publique soit mal compris, particulièrement à cause de la confusion qui existe entre la gestion de l'assurance-santé publique et la prestation des services de santé assurés par l'État. Nous croyons que le gouvernement fédéral, par l'intermédiaire de Santé Canada, doit bien préciser le sens de l'expression « gestion publique » et expliquer clairement que la *Loi canadienne sur la santé* n'interdit nullement la prestation par un organisme privé, à but lucratif ou sans but lucratif, de services de santé publics. Le niveau du débat qui fait rage actuellement sur les soins de santé au Canada s'en trouverait grandement rehaussé. Par conséquent, le Comité recommande :

> **Que le principe de gestion publique contenu dans la *Loi canadienne sur la santé* soit maintenu à l'égard des services hospitaliers et médicaux assurés par l'État, c'est-à-dire qu'un seul assureur – soit le gouvernement – paie les services publics hospitaliers et médicaux dispensés par des fournisseurs ou des établissements de soins de santé publics ou privés.**

Que le gouvernement fédéral, par l'intermédiaire de Santé Canada, précise la notion de gestion publique en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* de façon à reconnaître explicitement que ce principe s'applique à la gestion de l'assurance-santé publique et non à la prestation des services de santé assurés par l'État.

Bien que le Comité soit convaincu que le principe de gestion publique doit être maintenu pour les services hospitaliers et médicaux, il serait très difficile à notre point de vue de l'étendre à la gamme plus large de services de santé recommandée dans le présent rapport. Il serait particulièrement difficile d'inclure dans l'assurance-santé publique les coûts exorbitants de médicaments de prescription.

Le Comité croit que l'expansion de la couverture pour comprendre les coûts exorbitants de médicaments de prescription doit reposer sur un partenariat entre les secteurs public et privé. Pour cette raison, les recommandations faites au chapitre sept supposent la collaboration entre les assureurs publics et privés pour assurer la couverture universelle des coûts exorbitants des médicaments d'ordonnance.

La couverture des médicaments d'ordonnance est offerte actuellement par de nombreux assureurs allant des gouvernements aux compagnies d'assurance privées. En fait, l'industrie privée d'assurance-médicaments est déjà bien établie au Canada et semble bien fonctionner. Le Comité croit que l'expansion de la couverture pour comprendre les coûts exorbitants de médicaments de prescription doit reposer sur un partenariat entre les secteurs public et privé afin d'assurer une couverture universelle de ces coûts, et il a formulé au chapitre sept une recommandation à cet égard.

17.6 Commentaires du Comité

Le Comité est convaincu qu'il est possible d'opérer une réforme approfondie du système public de services hospitaliers et médicaux tout en appliquant les cinq principes nationaux de la *Loi canadienne sur la santé*. Nous croyons que la Loi a relativement bien servi les Canadiens pour ce qui est d'assurer une couverture universelle et uniforme des services hospitaliers et médicaux. Nous estimons que les quatre principes de la Loi axés sur les patients doivent être maintenus pour les services hospitaliers et médicaux, tandis que le principe de gestion publique doit être précisé.

Toutefois, le Comité croit qu'il faut ajouter à l'assurance-santé canadienne et à la *Loi canadienne sur la santé* deux nouvelles mesures législatives. En premier lieu, comme on l'explique à la section 17.3, il faut adopter une nouvelle loi fédérale portant création de la garantie nationale de soins de santé. Cette garantie améliorera l'accès aux services hospitaliers et médicaux qui sont actuellement assurés en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*. En deuxième lieu, la proposition du Comité d'élargir la couverture publique exige aussi l'adoption d'une nouvelle loi :

- La couverture des coûts exorbitants de médicaments de prescription exige la participation financière des assureurs publics et privés (une collaboration qui

n'est pas en conformité avec le principe de gestion publique contenu dans la Loi).

- La couverture des coûts exorbitants de médicaments de prescription exige que les particuliers contribuent financièrement en assumant une partie du coût du service assuré (ce qui déroge à la couverture au premier dollar que prévoit le principe d'accessibilité de la Loi).
- La couverture des coûts exorbitants de médicaments de prescription, des soins à domicile post-hospitaliers pour une période de trois mois et des soins palliatifs à domicile sera assurée au moyen d'un mécanisme de financement fédéral distinct de l'actuel TCSPS (les principes de la *Loi canadienne sur la santé* visent uniquement le TCSPS).
- Le Comité croit fermement que le financement fédéral supplémentaire prévu pour l'expansion de la couverture publique doit être fondé sur des conditions particulières de transparence et de reddition de compte (principes complètement absents de la *Loi canadienne sur la santé*).

Le Comité croit que des principes autres que ceux qui sont contenus dans la* Loi canadienne sur la santé *sont nécessaires, mais que l'important doit rester la prestation de services de qualité en fonction des besoins.

D'autres principes que ceux contenus dans la *Loi canadienne sur la santé* sont nécessaires pour les nouveaux programmes proposés dans le rapport, mais l'important doit rester la prestation de services de qualité en fonction des besoins. Dans le même ordre d'idée, la loi couvrant les nouveaux programmes doit garantir l'accès à des services raisonnablement comparables pour tous les Canadiens partout au pays. Pour déterminer ce qui est comparable, il faudra élaborer des normes nationales applicables à tous les services financés par l'État, qu'ils soient dispensés par des fournisseurs privés à but lucratif ou non, ou par des fournisseurs ou des établissements de soins de santé publics. Par conséquent, le Comité recommande :

Que le gouvernement fédéral adopte de nouvelles mesures législatives pour mettre en oeuvre une couverture des coûts exorbitants de médicaments de prescription, des soins à domicile post-hospitaliers et de certains soins palliatifs à domicile. Ces nouvelles mesures doivent énoncer explicitement les conditions relatives à la transparence de la prise de décisions et à la reddition de comptes.

CONCLUSION

Au début de ses travaux il y a deux ans, le Comité a souscrit à deux grands objectifs de la politique publique en matière de santé au Canada, à savoir :

- tous les Canadiens doivent avoir accès en temps opportun aux services de santé médicalement nécessaires sans égard à leur capacité de payer;
- aucun Canadien ne doit subir de difficultés financières excessives du fait du coût des soins des santé.

Ces deux objectifs, et particulièrement le premier, sous-entendent que les services médicalement nécessaires fournis dans le cadre de l'assurance-santé sont de qualité élevée. En effet, à quoi servirait, aux fins du système de soins de santé du Canada, de fournir l'accès à des services de qualité inférieure?

Le Comité reconnaît de plus que l'importance accordée à l'équité est aussi un élément important de la perception qu'ont les Canadiens du système de soins de santé. Cette importance accordée à l'équité sous-tend les principes axés sur le patient que sont l'universalité, l'intégralité, la transférabilité et l'accessibilité du système, et auxquels le Comité — et les Canadiens — souscrivent sans réserve.

Mais, pour les Canadiens, l'équité s'entend également de l'égalité d'accès aux services — les Canadiens bien nantis ne devraient pas avoir la possibilité d'acheter leur place au haut des listes d'attente. Les données des sondages d'opinion ont à maintes reprises démontré que le fait de devoir attendre des mois pour obtenir un diagnostic ou un traitement médical est le plus grand sujet de préoccupation et de plainte, de la part des Canadiens, au sujet du système de soins de santé. Malgré ce qu'en disent certains, permettre aux Canadiens nantis de payer pour obtenir des services dans un établissement de soins de santé privé n'est pas une solution. En effet, une mesure de ce genre violerait le principe d'égalité d'accès. La solution consiste donc plutôt à adopter la garantie de soins que le Comité recommande dans le présent rapport.

À la lumière des témoignages recueillis au fil de ses audiences des deux dernières années ainsi que des données des sondages d'opinion, le Comité sait aussi que les Canadiens trouvent le système actuel inefficace. Par ailleurs, ils ne sont pas prêts à y investir davantage tant que ces lacunes n'auront pas été corrigées. Le Comité est conscient qu'il ne sera pas facile de modifier cette perception négative entretenue par le public. Il faudra mettre en œuvre mettre en place des mécanismes pour *inciter* toutes les composantes du système à travailler plus efficacement. Il faudra aussi que le mode de fonctionnement du système, notamment la façon dont les fonds publics sont dépensés, soit plus transparent et permette une meilleure reddition de comptes.

> ***[...] quiconque propose un plan de réforme et de renouvellement du système de soins de santé a l'obligation de dire combien il en coûtera pour le mettre en œuvre. [...]Ceux-ci [les Canadiens] ne peuvent porter un jugement éclairé sur le bien-fondé d'un projet de plan de réforme que s'ils en comprennent parfaitement les avantages et s'il savent combien il leur en coûtera pour le mettre en œuvre.***

Au moment de formuler ses recommandations, le Comité a aussi tenu compte de deux autres facteurs. Premièrement, pour satisfaire au deuxième objectif de la politique publique énoncé ci-dessus — à savoir qu'aucun Canadien ne doit subir de difficultés financières excessives — il faut prendre *dès maintenant* des mesures pour combler les importantes lacunes du régime d'assurance-santé. Le Comité croit que les Canadiens qui ont vraiment besoin d'aide et qui n'ont pas les moyens de payer pour l'obtenir, devraient pouvoir compter sur le soutien de l'État. Cela ne veut pas dire pour autant qu'il faut mettre en place de nouveaux programmes avec couverture au premier dollar dans des secteurs comme l'assurance-médicaments ou les soins à domicile. De l'avis du Comité, la prudence exige que l'élargissement de la portée du système actuel afin d'en combler les lacunes se fasse de façon graduelle et dans un esprit pratique.

Le deuxième facteur dont il est tenu compte dans les recommandations du Comité est la croyance selon laquelle quiconque propose un plan de réforme et de renouvellement du système de soins de santé a l'obligation de dire combien il en coûtera pour le mettre en œuvre. La description du mode de financement doit de plus être compréhensible pour les Canadiens. Ceux-ci ne peuvent porter un jugement éclairé sur le bien-fondé d'un projet de plan de réforme que s'ils en comprennent parfaitement les avantages et s'ils savent combien il leur en coûtera pour le mettre en œuvre.

C'est pourquoi le Comité a décidé, même si cela est extrêmement inhabituel (et serait même, aux dires de certains, exceptionnel), d'établir le coût de ses recommandations *et* de proposer une option pour générer les nouvelles recettes fédérales nécessaires à leur mise en œuvre intégrale. À nos yeux, le fait d'omettre de le faire contribuerait à perpétuer le mythe selon lequel les soins de santé sont un bien « gratuit ». Nous servirions ainsi directement les fins de ceux qui s'opposent à la réforme. En ne proposant pas de plan pour générer des recettes, le Comité se trouverait à passer outre au critère de transparence et de responsabilisation qui, comme il le réitère lui-même dans toutes ses recommandations, doit s'appliquer à l'ensemble du système de soins de santé.

En ne proposant pas de plan pour générer des recettes, le Comité se trouverait à passer outre au critère de transparence et de responsabilisation qui, comme il le réitère lui-même dans toutes ses recommandations, doit s'appliquer à l'ensemble du système de soins de santé.

Le Comité est conscient que la mise en œuvre de sa liste de recommandations exigera *un changement d'attitude considérable de la part de l'ensemble des intervenants* du système de soins de santé. Par exemple :

- Le passage à une formule de financement fondée sur les services dispensés modifiera le mode de gestion des hôpitaux. La direction des hôpitaux et les professionnels de la santé oeuvrant en milieu hospitalier seront beaucoup plus conscients de ce qui dans leur façon de procéder est efficace et de ce qui ne l'est pas. Il faudra aussi que les hôpitaux des grandes régions urbaines soutiennent la concurrence d'autres hôpitaux et cliniques spécialisées.
- Les changements que suppose la réforme des soins de santé primaires obligeront les médecins de famille à accepter des changements à la façon dont ils sont rémunérés (c.-à-d. le remplacement de l'habituelle formule de

rémunération à l'acte par un modèle principalement axé sur la capitation mais comportant aussi une part de rémunération à l'acte). Il faudra aussi modifier la portée des règles de pratiques de tous les professionnels de la santé afin de s'assurer qu'elles ne font pas obstacle à leur capacité de mettre pleinement à profit leurs compétences.

- Les changements que suppose la réforme des soins de santé primaires exigeront aussi qu'un patient consente à demeurer avec le médecin de famille de son choix pendant un an, à moins qu'il ne déménage dans une autre collectivité. La recommandation relative aux dossiers de santé électroniques exigera qu'un patient accepte de donner l'approbation nécessaire à l'utilisation efficace des dossiers de santé. (Comme il l'a expliqué au chapitre dix, le Comité croit qu'il est possible de mettre en place un système de dossiers de santé électroniques et que le système d'information qui en découlera fonctionnera de façon entièrement conforme à l'esprit et à la lettre des lois visant à protéger les renseignements personnels).

- Les gouvernements provinciaux/territoriaux devront modifier un aspect important de leur approche à l'égard du système de soins de santé et souscrire à une garantie de soins de santé, c'est- à-dire assumer la responsabilité des conséquences de leurs décisions antérieures de sabrer dans les budgets et de restreindre l'offre de services de soins de santé.

- Les gouvernements provinciaux/territoriaux devront aussi renoncer à leur approche actuelle de commandement et contrôle à l'égard des soins de santé et permettre la mise en place d'un système de mesures incitatives, et les changements d'attitude qu'elle suppose, pour produire les résultats souhaités.

- Le gouvernement fédéral devra consentir à la création d'un fonds indépendant, dont la surveillance sera assurée par un commissaire aux soins de santé et un conseil national des soins de santé, qui le conseilleront sur la façon dont le fonds doit être dépensé. Ces conseils devront être rendus publics, et les autorités responsables devront rendre compte annuellement au public de la façon dont les fonds affectés aux soins de santé sont effectivement dépensés. C'est là une étape essentielle pour regagner la confiance du public dans le système.

- Le gouvernement fédéral devra aussi accepter qu'il a un important rôle de chef de file à jouer et qu'à cet égard, il lui incombe de soutenir financièrement l'infrastructure essentielle au succès du système national de soins de santé. Doivent faire partie de cette infrastructure, les 16 centres universitaires des sciences de la santé, les ressources humaines affectées au secteur des soins de santé dans l'ensemble du pays, les moyens technologiques, les systèmes d'information et le secteur de la recherche.

- Le gouvernement fédéral devra aussi accepter qu'il a un rôle important à jouer dans le financement et la mise en valeur des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques.

Enfin, il importe d'insister sur l'importance déterminante des objectifs de plus grande responsabilisation et de plus grande transparence dans la position du Comité sur les types

de réforme nécessaires dans le système de soins de santé, et sur le rôle crucial que doit jouer l'amélioration de l'information, à tous les niveaux du système, pour mettre en œuvre ces objectifs. Ce surcroît d'information est nécessaire pour les raisons suivantes :

- premièrement, pour accroître la transparence des mécanismes de prise de décisions concernant l'affectation des ressources – principalement en ce qui a trait à l'argent, mais aussi en ce qui a trait aux ressources humaines;
- deuxièmement, pour accroître la responsabilité des personnes, des établissements et des gouvernements qui décident des types de services qui sont couverts par le régime public d'assurance-santé et de la façon dont les différents services seront offerts;
- troisièmement, et peut-être ce qui est le plus important, pour modifier l'objet du débat public pour le faire porter sur les services et les niveaux de service plutôt que sur les questions d'argent.

Les Canadiens ont le droit de débattre de la question de savoir s'ils sont prêts à payer davantage pour obtenir de meilleurs niveaux de service. Ils ont le droit de comprendre les liens existants entre les niveaux de financement et les niveaux de service. L'évolution du débat public au sujet des soins de santé marquera une étape importante vers l'obtention de l'appui du public à l'égard de la restructuration et du renouvellement des services hospitaliers et des services médicaux financés par l'État.

Le Comité est pleinement conscient que sa liste de recommandations fera l'objet d'un examen attentif et critique. Cela est tout à fait compréhensible lorsqu'une question d'intérêt public aussi fondamentale que celle des soins de santé est en jeu. En fait, il se peut très bien que les lecteurs du présent rapport appuient chacun leur propre sous-ensemble de recommandations.

Il n'existe pas de solution parfaite. *Tous les intéressés doivent être prêts à faire des compromis pour que la réforme profite à tous les Canadiens. Toute réforme sera vouée à l'échec si l'on s'entête à rechercher la perfection ou à vouloir satisfaire toutes les demandes.*

Nous invitons toutefois les lecteurs à garder à l'esprit que toute réforme majeure d'un système d'importance, en particulier lorsqu'il s'agit d'un système aussi complexe que celui des soins de santé, n'est jamais parfaite. *Il n'existe pas de solution parfaite.* Tous les intéressés doivent être prêts à faire des compromis pour que la réforme profite à tous les Canadiens. Toute réforme sera vouée à l'échec si l'on s'entête à rechercher la perfection ou à vouloir satisfaire toutes les demandes.

De même, la réforme échouera si l'on s'entête à vouloir aborder de front tous les problèmes des soins de santé sans d'abord commencer par trouver des solutions à quelques-uns d'entre eux, en particulier en ce qui a trait aux services hospitaliers et aux services médicaux. Ces tendances, de même que l'importance accordée aux intérêts personnels de ceux qui oeuvrent dans le système, expliquent l'échec des tentatives de réforme antérieures.

Conscients de ces dangers, nous avons travaillé fort pour élaborer une série de recommandations qui, de notre point de vue, revêtent un caractère pratique, offrent une solution

médiane en termes idéologiques, sont réalisables et devraient mener à une amélioration sensible des services hospitaliers et des services médicaux dans le secteur des soins de santé. Nous croyons que la restructuration et le renouvellement du système de soins de santé au Canada sont possibles si nous procédons à une réforme graduelle.

Nous espérons que les intervenants de tous les secteurs du système national de soins de santé et, en fait, tous les Canadiens examineront les recommandations avec la même approche pratique que le Comité et que tous seront prêts à faire certains compromis afin d'atteindre notre objectif commun, à savoir se doter d'un système de soins de santé financièrement viable et dont les Canadiens peuvent vraiment être fiers.

Nous espérons que les intervenants de tous les secteurs du système national de soins de santé et, en fait, tous les Canadiens examineront les recommandations avec la même approche pratique que le Comité et que tous seront prêts à faire certains compromis afin d'atteindre notre objectif commun, à savoir se doter d'un système de soins de santé financièrement viable et dont les Canadiens peuvent vraiment être fiers.

ANNEXE A

LISTE DES RECOMMANDATIONS PAR CHAPITRE

CHAPITRE UN

LA NÉCESSITÉ D'UN RAPPORT ANNUEL SUR L'ÉTAT DU SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ ET SUR L'ÉTAT DE SANTÉ DES CANADIENS

Un commissaire national aux soins de santé et un conseil national des soins de santé

Qu'un nouveau comité fédéral-provincial-territorial composé de cinq représentants provinciaux-territoriaux et cinq représentants fédéraux soit mis sur pied. Il aura pour mandat de nommer un commissaire national aux soins de santé et les huit autres membres d'un conseil national des soins de santé, choisis parmi les candidats proposés par le commissaire.

Que le commissaire national aux soins de santé soit chargé des responsabilités suivantes :

- présenter au comité fédéral-provincial-territorial des candidatures pour le conseil national des soins de santé et présider le conseil une fois les nominations ratifiées;
- surveiller la production d'un rapport annuel sur l'état du système de soins de santé et sur l'état de santé des Canadiens qui comprendra des constatations et des recommandations pour améliorer la prestation et les résultats des soins de santé au Canada;
- travailler en collaboration avec le conseil national des soins de santé afin de conseiller le gouvernement fédéral sur l'affectation des recettes additionnelles perçues afin de réformer et de renouveler le système de soins de santé conformément aux recommandations formulées dans le présent rapport;
- embaucher le personnel nécessaire pour réaliser cet objectif et travailler en étroite collaboration avec les organismes indépendants existants afin de réduire au minimum le chevauchement des fonctions.

Que le gouvernement fédéral verse 10 millions de dollars par année afin de financer le travail de ce commissaire et de ce conseil en vue de produire un rapport annuel sur l'état du système de soins de santé et sur l'état de santé des Canadiens, ainsi que de conseiller le gouvernement fédéral sur l'affectation du surcroît de recettes perçu afin de réformer et de renouveler le système de soins de santé.

CHAPITRE DEUX

RESTRUCTURATION ET FINANCEMENT DES HÔPITAUX AU CANADA

Financement fondé sur les services dispensés

Que l'on adopte pour les hôpitaux un mode de financement fondé sur les services dispensés. Ce mode de financement convient particulièrement aux hôpitaux communautaires situés dans les grands centres urbains. Il faut pour cela :

- qu'un nombre suffisant d'hôpitaux soient tenus de soumettre à l'Institut canadien d'information sur la santé des données sur leurs tarifs par cas et leurs coûts;
- que l'Institut canadien d'information sur la santé établisse, en collaboration avec les provinces et les territoires, une tarification détaillée afin de réduire la tentation du surclassement;.
- que le gouvernement fédéral octroie à l'Institut canadien d'information sur la santé des crédits permanents qui seront consacrés à la collecte et à l'estimation des données nécessaires à la mise en œuvre du financement fondé sur les services dispensés;
- que l'on passe assez rapidement au financement fondé sur les services dispensés. Le Comité estime raisonnable de prévoir une période de transition de cinq ans.

Que le financement fondé sur les services dispensés soit complété par une méthode de financement additionnelle qui tiendrait compte des services uniques qu'offrent les centres universitaires des sciences de la santé, y compris l'enseignement et la recherche.

Que, dans l'élaboration d'une formule de rémunération fondée sur les services dispensés pour le financement des hôpitaux communautaires, l'on tienne compte des facteurs suivants :

- Isolement : les hôpitaux ruraux ou éloignés doivent assumer des coûts plus élevés que ceux des grands centres urbains.
- Taille : les petits hôpitaux assument des coûts plus élevés par cas pondéré que les grands hôpitaux. Un rajustement devrait être apporté pour tenir compte de ces réalités.

Investissements pour appuyer les hôpitaux

Que le gouvernement fédéral participe aux dépenses en immobilisations associées à l'expansion des hôpitaux situés dans des endroits où la croissance démographique est exceptionnellement élevée, c'est-à-dire les régions où la croissance démographique dépasse la moyenne provinciale de 50% ou plus. Cet apport devrait représenter 50 % du total de l'investissement en immobilisations nécessaire. En tout, le gouvernement fédéral devrait consacrer 1,5 milliard de dollars à cette initiative sur une période de dix ans ou 150 millions de dollars annuellement.

Que le gouvernement fédéral devrait encourager les provinces et les territoires à explorer des partenariats entre le secteur public et l'entreprise privée en vue d'obtenir un investissement supplémentaire dans la capacité hospitalière.

Que le gouvernement fédéral verse 4 milliards de dollars au cours des dix prochaines années (soit 400 millions de dollars par année) aux centres universitaires des sciences de la santé pour leurs dépenses en immobilisations.

Que les centres universitaires des sciences de la santé soient tenus de faire rapport de leur utilisation de ces fonds fédéraux.

CHAPITRE TROIS

DÉLÉGUER PLUS DE RESPONSABILITÉS AUX RÉGIES RÉGIONALES DE LA SANTÉ

Que les régies régionales de la santé des grands centres urbains puissent exercer un contrôle sur le coût des services médicaux en plus d'assumer leur responsabilité à l'égard des services hospitaliers dans leur région. Le pouvoir de dépenser pour l'achat de médicaments de prescription devrait également leur être délégué.

Que les régies régionales de la santé puissent choisir entre différents fournisseurs (particulier ou établissement) en fonction de la qualité et des coûts et récompenser les meilleurs fournisseurs par un volume accru. Ainsi, les RRS seraient dans l'obligation d'établir des contrats clairs où le volume des services et les objectifs de rendement seraient précisés.

Que le gouvernement fédéral encourage le transfert des responsabilités des gouvernements provinciaux et territoriaux aux régies régionales de la santé et participe à l'évaluation de la portée des réformes de marché interne menées à l'échelle régionale.

CHAPITRE QUATRE

RÉFORME DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Que le gouvernement fédéral continue de travailler avec les provinces et les territoires à la réforme de la prestation des soins primaires et qu'il assure un soutien financier permanent aux projets de réforme entraînant la création d'équipes de soins de santé primaires pluridisciplinaires qui :

- visent à offrir une large gamme de services 24 heures sur 24, sept jours sur sept;
- veillent à faire en sorte que les services soient dispensés par les professionnels de la santé compétents qui conviennent le mieux;
- utilisent à leur pleine mesure les capacités et les compétences d'un éventail de professionnels de la santé;
- adoptent d'autres modes de rémunération que les honoraires à l'acte, par exemple la capitation, soit exclusivement, soit dans le cadre d'une formule de financement mixte;

- cherchent à intégrer des stratégies de promotion de la santé et de prévention de la maladie dans leur travail quotidien;

- assument progressivement une plus grande part de responsabilité à l'égard des besoins en santé et en bien-être de la population desservie.

Que le gouvernement fédéral puise 50 millions de dollars par année dans les nouvelles recettes que le Comité lui a recommandé de générer, pour aider les provinces à mettre sur pied des groupes de soins primaires.

CHAPITRE CINQ

DES SOINS DE SANTE EN TEMPS OPPORTUN

Ce chapitre ne contient pas de recommandation.

CHAPITRE SIX

LA GARANTIE DE SOINS DE SANTÉ

Qu'un délai d'attente maximum tenant compte des besoins soit fixé et rendu public pour chaque type d'intervention ou de traitement majeur;

Qu'une fois ce délai expiré, l'assureur (le gouvernement) paie pour que le patient puisse immédiatement faire des démarches pour subir l'intervention ou le traitement en question ailleurs au Canada ou, au besoin, à l'étranger (par exemple, aux États-Unis). C'est ce qu'on appelle la garantie de soins de santé.

Que le processus d'établissement des normes régissant les périodes d'attente soit de portée nationale ;

Qu'un organisme indépendant, chargé d'examiner les données scientifiques et cliniques pertinentes, soit mis sur pied;

Que les normes régissant les périodes d'attente portent sur quatre principaux types d'intervention : consultation pour soins primaires, première consultation d'un spécialiste, test diagnostique et chirurgie.

CHAPITRE SEPT

ÉTENDRE LA COUVERTURE POUR INCLURE LA PROTECTION CONTRE LES COÛTS EXORBITANTS DES MÉDICAMENTS DE PRESCRIPTION

Que le gouvernement fédéral mette en place un programme visant à protéger les Canadiens contre les dépenses exorbitantes en médicaments de prescription.

Pour tous les régimes admissibles, le gouvernement fédéral accepterait de payer :

- 90 % des dépenses en médicaments de prescription dépassant 5 000 $ dans le cas des personnes dont le total combiné des dépenses personnelles non remboursables et de la contribution de la province ou du territoire à leur égard est supérieur à 5 000 $ au cours d'une année;

- 90 % des dépenses en médicaments de prescription dépassant 5 000 $ dans le cas des participants à un régime privé d'assurance-médicaments complémentaire dont le total combiné des dépenses personnelles non remboursables et de la contribution du régime d'assurance privé à leur égard est supérieur à 5 000 $ au cours d'une année.

- Les 10 % restants seraient assumés par un régime provincial/territorial ou par un régime privé complémentaire.

Pour être admissibles à ce programme fédéral :

- les provinces et les territoires devront mettre en place un programme garantissant qu'aucune famille n'aura à payer de sa poche plus de 3 % de son revenu familial pour acheter des médicaments de prescription;

- les promoteurs des régimes privés d'assurance-médicaments complémentaire existants devront garantir qu'aucun participant n'aura à payer de sa poche plus de 1 500 $ par année; ainsi, les dépenses personnelles non remboursables de chaque participant seraient plafonnées à 3 % de son revenu familial ou à 1 500 $, selon le moins élevé des deux montants.

Que le gouvernement fédéral travaille en étroite collaboration avec les provinces et les territoires afin d'établir une liste nationale unique des médicaments admissibles.

CHAPITRE HUIT

ÉLARGIR LA COUVERTURE POUR INCLURE LES SOINS ACTIFS À DOMICILE

Début et fin des SAD

Qu'une période de SAD désigne l'ensemble des services de soins à domicile reçus entre la première date de prestation de services suivant le congé d'hospitalisation, si cette date survient moins de trente jours après le congé, jusqu'à concurrence de trois mois après le congé de l'hôpital.

Financement des SAD dirigé vers les hôpitaux

Que le financement des soins actifs à domicile soit d'abord dirigé vers les hôpitaux.

Afin d'encourager l'innovation et l'intégration de services et d'améliorer l'efficience et l'efficacité des services de soins de santé nécessaires, indépendamment du cadre dans lequel ces services sont reçus, que soit élaborée une méthode de remboursement pour les SAD, basée sur les services, conjointement avec les arrangements fondés sur les services pour chaque période de soins hospitaliers.

Eventail des services couverts

Que la gamme de services, de produits et de technologies pouvant être utilisée pour faciliter les soins à domicile après une hospitalisation ne fasse pas l'objet de restrictions.

Fonds pour les SAD grâce au financement fondé sur les services dispensés

Que les hôpitaux aient la possibilité d'établir des liens contractuels directement avec les fournisseurs de soins à domicile ou avec des agences intermédiaires pouvant prendre des dispositions en matière de prestation de services et de gestion de cas.

Que les contrats établis avec les fournisseurs de services de soins à domicile incluent, en plus des ententes de remboursement en fonction des services, des mécanismes pour surveiller la qualité et le rendement des services, ainsi que les résultats prévus.

Partage des coûts du programme SAD

Que le gouvernement fédéral établisse un nouveau programme national de soins actifs à domicile, qu'il financera à parts égales avec les provinces et territoires (50 / 50).

Que le programme des SAD soit considéré comme un prolongement de la couverture médicale nécessaire déjà prévue par la *Loi canadienne sur la santé* et que, par conséquent, le coût intégral du programme soit couvert par le gouvernement (à parts égales entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux-territoriaux).

CHAPITRE NEUF

ÉTENDRE LA COUVERTURE POUR INCLURE LES SOINS PALLIATIFS À DOMICILE

Que le gouvernement fédéral s'engage à verser 250 millions de dollars par année au titre d'un programme national de soins palliatifs à domicile, élaboré de concert avec les provinces et les territoires et financé à 50 % par chacune des deux parties.

Que le gouvernement fédéral étudie la possibilité de permettre que des prestations d'assurance-emploi soient versées pendant une période de six semaines aux salariés canadiens qui choisissent de s'absenter du travail pour prodiguer des soins palliatifs à domicile à un parent mourant.

Que le gouvernement fédéral étudie la possibilité d'étendre l'application des mesures fiscales déjà existantes aux personnes qui s'occupent d'un membre d'un proche mourant ou à celles qui paient pour obtenir ces services au nom du mourant.

Que le gouvernement fédéral modifie le *Code canadien du travail* de façon à permettre aux employés de s'absenter dans les situations de crise familiale, par exemple pour s'occuper d'un proche mourant, et qu'il collabore avec les provinces afin de favoriser de telles modifications aux codes provinciaux du travail.

Que le gouvernement fédéral prenne l'initiative en tant qu'employeur en modifiant la législation du Conseil du Trésor afin de protéger les emplois de ses propres employés qui s'occupent d'un proche mourant.

CHAPITRE DIX

LE RÔLE DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL DANS L'INFRASTRUCTURE DE SOINS DE SANTÉ

Technologies de la santé

Que le gouvernement fédéral verse aux hôpitaux des fonds expressément destinés à l'achat et à l'évaluation de technologies de la santé. Le gouvernement fédéral devrait consacrer à cette fin 2,5 milliards de dollars au total sur cinq ans (ou 500 millions de dollars par année). De ce montant, 400 millions de dollars seraient alloués annuellement aux centres universitaires des sciences de la santé, et 100 millions de dollars aux hôpitaux communautaires. Le financement des hôpitaux communautaires serait partagé à parts égales avec les provinces, tandis que la financement des centres serait assuré intégralement par le gouvernement fédéral.

Que les établissements bénéficiant de ce programme fassent rapport de la façon dont ils utilisent les fonds reçus.

Dossiers de santé électroniques

Que le gouvernement fédéral accorde un financement additionnel à Inforoute Santé du Canada Inc. pour permettre à cette entreprise de créer, de concert avec les provinces et les territoires, un système national de dossiers de santé électroniques.

Que le financement fédéral supplémentaire versé à *Inforoute* s'élève à 2 milliards de dollars sur cinq ans, soit une enveloppe annuelle de 400 millions de dollars.

Évaluation du rendement du système

Que le gouvernement fédéral accorde un financement annuel supplémentaire de 50 millions de dollars à l'Institut canadien d'information sur la santé et verse en outre une somme annuelle de 10 millions de dollars au Conseil canadien d'agrément des services de santé. Ce nouvel investissement fédéral contribuera à l'établissement d'un système national d'évaluation de l'efficacité et des résultats du système de soins de santé et facilitera ainsi la tâche au commissaire national aux soins de santé.

Protection des renseignements personnels sur la santé

Que les enjeux clés suivants fassent l'objet d'une plus grande harmonisation et coordination entre les instances fédérales, provinciales et territoriales :

- des règles d'accès sélectif restreignant l'accès aux utilisateurs autorisés en fonction des fins pour lesquelles ceux-ci ont besoin des renseignements;
- des règles de consentement régissant la forme et les critères à respecter pour qu'un consentement soit valide;
- des conditions autorisant l'accès sans consentement à des renseignements personnels sur la santé dans des circonstances exceptionnelles et pour des fins précises;
- des règles régissant la conservation et la destruction des renseignements personnels sur la santé;
- des mécanismes permettant d'assurer une surveillance suffisante des systèmes de DSE d'un organisme à l'autre.

Qu'Inforoute Santé du Canada Inc. et d'autres investisseurs clés structurent leurs critères d'investissement de façon à créer des conditions de nature à encourager les concepteurs de systèmes DSE à trouver des solutions utiles et pratiques en matière de protection des renseignements personnels pour permettre :

- l'adoption de mesures de sécurité d'avant-garde pour protéger les renseignements personnels sur la santé et soumettre les opérations à une vérification;
- un partage entre les différents dépositaires qui ont accès aux DSE et les utilisent de la responsabilité en matière de reddition de comptes;

- une coordination entre les dépositaires de façon que les patients puissent concrètement exercer leur droit d'accès à leur DSE pour y rectifier une inexactitude et contester en cas de non-conformité.

Que les principaux intervenants, notamment les ministères de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux, Inforoute Santé du Canada Inc., l'Institut canadien d'information sur la santé et les Instituts de recherche en santé du Canada, veillent à :

- entreprendre une étude rigoureuse des facteurs qui déterminent l'attitude des Canadiens à l'égard de ce qui leur paraît être une utilisation acceptable ou non acceptable des renseignements personnels concernant leur santé;

- amorcer un dialogue éclairé et valable avec les principaux intervenants, notamment les groupes de patients et les représentants des consommateurs;

- mettre en œuvre une stratégie de communication publique ouverte, transparente et itérative pour expliquer les avantages des DSE.

CHAPITRE ONZE

LES RESSOURCES HUMAINES DE LA SANTÉ

La nécessité d'études sur la productivité

Que l'on effectue des études pour trouver des moyens d'améliorer la productivité des professionnels de la santé. Ces études devraient être effectuées ou commandées par le comité national de coordination des ressources humaines en santé dont le Comité recommande la création.

Un comité national de coordination des ressources humaines de la santé

Que le gouvernement fédéral travaille avec d'autres parties intéressées afin de créer un comité national permanent de coordination des ressources humaines de la santé, composé de représentants des principaux intervenants et des différents ordres de gouvernement. Son mandat serait le suivant :

- diffuser des renseignements à jour sur les besoins en ressources humaines;

- coordonner des projets visant à assurer un nombre suffisant de diplômés pour réaliser l'objectif d'autosuffisance en matière de ressources humaines;

- partager et promouvoir les pratiques exemplaires quant aux stratégies servant à retenir des professionnels de la santé compétents, et coordonner les efforts de rapatriement des professionnels de la santé canadiens qui ont émigré;

- recommander des stratégies pour accroître le nombre de professionnels de la santé provenant de groupes sous-représentés, comme les peuples autochtones, ainsi que dans les régions mal desservies, particulièrement les régions rurales et éloignées;

- examiner les possibilités en vue d'une meilleure coordination, entre les divers ordres de gouvernement, des exigences en matière d'accréditation et d'immigration.

Augmenter le bassin des ressources humaines de la santé

Que le gouvernement fédéral :

- Travaille avec les gouvernements provinciaux pour faire en sorte que toutes les écoles de médecine et de sciences infirmières reçoivent les augmentations de financement nécessaires pour leur permettre d'accroître le nombre d'inscriptions.

- Mette en place des mécanismes permettant un financement fédéral direct afin de soutenir un plus grand nombre d'inscriptions dans les écoles de médecine et de sciences infirmières, et assure la stabilité du financement en vue de la formation de professionnels paramédicaux.

- Examine les programmes fédéraux de prêts étudiants offerts aux professionnels de la santé et y apporte les modifications nécessaires afin que les augmentations inévitables de frais de scolarité ne nuisent pas aux étudiants défavorisés sur le plan socioéconomique.

- Travaille avec les gouvernements provinciaux pour faire en sorte que la rémunération des différentes catégories de professionnels de la santé tienne compte du niveau de formation réel exigé d'eux.

Que le gouvernement fédéral travaille avec les provinces et les facultés de médecine et de sciences infirmières afin de financer des places à l'intention des étudiants d'origine autochtone, en plus des places offertes à la population générale.

Que, pour faciliter le retour au Canada des professionnels de la santé canadiens travaillant à l'étranger, le gouvernement fédéral travaille avec les provinces et les associations professionnelles afin d'informer ces professionnels des nouvelles perspectives d'emploi au Canada, et qu'il étudie la possibilité d'adopter des incitatifs fiscaux à court terme pour ceux qui sont prêts à rentrer au Canada.

Que le gouvernement fédéral verse dès maintenant 160 millions de dollars par année afin que les écoles de médecine canadiennes puissent recruter 2 500 étudiants de première année d'ici 2005.

Que le comité national de coordination des ressources humaines en santé dont le Comité propose la création soit chargé de surveiller les niveaux d'inscription des écoles de médecine du Canada et qu'il conseille le gouvernement fédéral à cet égard.

Que le gouvernement fédéral contribue financièrement à accroître le nombre de postes de médecins résidents afin d'atteindre un ratio de 120 pour 100 diplômés des écoles de médecine canadiennes.

Que le gouvernement fédéral travaille avec les provinces afin d'établir des normes nationales pour l'évaluation des diplômés en médecine étrangers, et qu'il fournisse un financement continu

pour mettre en œuvre un programme accéléré visant à délivrer des licences aux diplômés étrangers qualifiés et à intégrer complètement ces derniers au système canadien de soins de santé.

Que le gouvernement fédéral introduise graduellement du financement au cours des cinq prochaines années de façon que le nombre de diplômés des programmes de sciences infirmières atteigne 12 000 en 2008 dans l'ensemble du Canada, et qu'il continue à fournir un financement supplémentaire complet aux provinces pour toutes les places dans les écoles de sciences infirmières au-delà de 10 000 inscriptions, et ce, aussi longtemps qu'il sera nécessaire pour enrayer la pénurie d'infirmières au pays.

Que le gouvernement fédéral verse 90 millions de dollars par année tirés des recettes supplémentaires dont le Comité recommande le prélèvement, afin de permettre aux écoles d'infirmières du Canada de produire 12 000 diplômés d'ici 2008.

Que le gouvernement fédéral verse 40 millions de dollars par année tirés des recettes supplémentaires dont le Comité recommande le prélèvement, afin d'aider les provinces à accroître le nombre de diplômés des professions paramédicales chaque année.

Que l'allocation exacte de ces fonds soit déterminée par le comité national de coordination des ressources humaines en santé.

Que le gouvernement fédéral consacre 75 millions de dollars par année des nouveaux fonds que recommande de recueillir le Comité afin d'aider les centres universitaires des sciences de la santé à payer les coûts liés à l'accroissement du nombre de places de formation pour l'ensemble des professions de la santé.

Examiner les règles relatives au champ de pratique

Qu'un examen indépendant des règles relatives au champ de pratique et des autres règlements concernant ce que chaque professionnel de la santé peut ou ne peut pas faire soit effectué dans le but d'élaborer des propositions qui feraient en sorte qu'on utilise pleinement les compétences des divers professionnels de la santé et que les soins de santé soient fournis par le professionnel qualifié qui convient le mieux.

CHAPITRE DOUZE

FAVORISER L'EXCELLENCE DANS LA RECHERCHE CANADIENNE EN SANTÉ

Jouer le rôle de chef de file dans la recherche en santé

Que la recherche et sa concrétisation dans le système de soins de santé figurent régulièrement à l'ordre du jour des rencontres des ministres et sous-ministres fédéraux, provinciaux et territoriaux de la santé, et que l'Institut de recherche en santé du Canada soit représenté et participe à l'établissement des programmes de recherche en santé lors de ces réunions. Ces mesures aideront énormément à soutenir une culture d'appui à la création et à l'utilisation des connaissances générées par la recherche en santé partout au Canada.

Que le gouvernement fédéral établisse, sur une base régulière et en collaboration avec tous les intervenants, des objectifs et des priorités nationaux pour la recherche en santé.

Que le gouvernement fédéral favorise la collaboration entre différents intervenants lorsqu'il exécute, finance et utilise des recherches en santé. On pourrait ainsi disposer des meilleures ressources possibles, tout en réduisant au minimum le chevauchement et le double emploi.

Que le gouvernement fédéral assume un rôle de leadership, par l'entremise des Instituts de recherche en santé du Canada et de Santé Canada, dans l'élaboration d'une stratégie visant à encourager l'échange de chercheurs entre le gouvernement, le milieu universitaire et le secteur privé, y compris les organisations bénévoles nationales.

Financer la recherche en santé

Que le gouvernement fédéral, par l'entremise aussi bien de Santé Canada que des Instituts de recherche en santé du Canada, assure la coordination et fournisse les ressources nécessaires pour que le Canada contribue à la révolution scientifique et en bénéficie, de façon à en maximiser les avantages économiques, sanitaires et sociaux pour les Canadiens.

Que les Instituts de recherche en santé du Canada et Génome Canada financent des projets de recherche qui assureront au Canada un rôle de chef de file mondial dans ce nouveau domaine de la génomique et de la génétique humaine afin que le système de soins de santé puisse profiter de cette nouvelle technologie pour améliorer la santé des Canadiens.

Que les Instituts de recherche en santé du Canada jouent un rôle de chef de file dans l'établissement de pratiques exemplaires pour ce qui est questions éthiques complexes que soulève l'utilisation de cette nouvelle technologie en recherche et en soins de la santé.

Que le gouvernement fédéral :

- augmente, dans un laps de temps raisonnable, sa contribution financière à la recherche extérieure en santé, de façon à atteindre un niveau de 1 % des dépenses totales consacrées aux soins de santé au Canada, ce qui signifie un investissement supplémentaire de 440 millions de dollars de la part du gouvernement fédéral;

- reconnaisse que la recherche en santé est un projet de longue haleine et, par conséquent, établisse des plans à long terme clairs pour le financement de la recherche en santé, et s'y conforme, particulièrement par l'entremise des Instituts de recherche en santé du Canada. Plus précisément, le gouvernement fédéral devrait adopter un horizon de planification de cinq ans pour le budget des IRSC;

- fasse un investissement prévisible et suffisant dans la recherche interne en santé.

Que Santé Canada :

- dispose des ressources financières et humaines de recherche en santé qu'il lui faut pour s'acquitter de son mandat et de ses obligations;

- entreprenne activement d'établir des liens et des partenariats avec d'autres intervenants du domaine de la recherche en santé.

Que le gouvernement fédéral, par l'entremise des Instituts de recherche en santé du Canada, de Santé Canada et de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, consacre des fonds supplémentaires à la recherche sur les services de santé et à la recherche clinique, et qu'il collabore avec les provinces et les territoires pour que les résultats de ces recherches soient largement diffusés parmi les fournisseurs, les gestionnaires et les décideurs du domaine des soins de santé.

Recherche sur la santé de segments de population vulnérables

Que le gouvernement fédéral, par l'entremise des Instituts de recherche en santé du Canada et de Santé Canada, affecte davantage de fonds à la recherche portant sur la santé de segments particulièrement vulnérables de la société canadienne.

Que le gouvernement fédéral affecte des fonds supplémentaires à l'Institut de la santé des Autochtones des IRSC, afin d'intensifier la participation des chercheurs canadiens en santé, et notamment des Autochtones eux-mêmes, aux recherches visant à améliorer la santé des Autochtones canadiens.

Que Santé Canada reçoive des ressources supplémentaires pour étendre sa capacité de recherche et renforcer sa capacité d'intégration des résultats de la recherche dans le domaine de la santé des Autochtones.

Que le gouvernement fédéral affecte davantage de ressources à l'Initiative de recherche en santé mondiale.

Commercialization les résultats de recherche en santé

Que le gouvernement fédéral exige de tous les bénéficiaires de subventions fédérales à la recherche en santé l'engagement explicite d'obtenir le maximum d'avantages pour le Canada quand les résultats de la recherche subventionnée sont utilisés à des fins lucratives.

Que les Instituts de recherche en santé du Canada, sans faire abstraction de la valeur sociale de la recherche en santé n'ayant pas de résultats commerciaux lucratifs, cherchent à favoriser les

retombées économiques au Canada découlant de leurs investissements dans la recherche canadienne en santé, quand les résultats de cette recherche sont utilisés à des fins lucratives. Ce faisant, les IRSC devraient élaborer une stratégie d'innovation visant à accélérer et à faciliter la commercialisation des résultats de la recherche en santé.

Que le gouvernement fédéral investisse des ressources supplémentaires, dans le cadre de la stratégie d'innovation des IRSC, pour valoriser la production des chercheurs canadiens en santé et renforcer la capacité de commercialisation des résultats de la recherche en santé financée par des fonds fédéraux. Le nouveau financement devrait s'ajouter aux investissements actuels dans la recherche en santé. Il faudrait en particulier rendre permanent le financement des coûts indirects de la recherche par les organismes subventionnaires du Canada. Les responsables de la recherche en santé devraient rendre compte de l'utilisation des fonds de commercialisation.

L'éthique en recherche en santé

Que Santé Canada prenne l'initiative, en collaboration avec les intervenants, de l'élaboration d'un système commun de gouvernance de la recherche en santé effectuée sur des sujets humains s'appliquant à toute la recherche que le gouvernement fédéral exécute, finance et utilise dans ses activités de réglementation.

Que, dans l'élaboration de ce système de gouvernance de l'éthique, Santé Canada considère les éléments suivants comme essentiels au progrès :

- travailler en premier sur toute la recherche (en santé) que le gouvernement fédéral exécute, finance ou utilise dans ses activités de réglementation, afin d'élaborer un système efficace et efficient de gouvernance qui sera adopté comme norme partout au Canada;

- accorder une grande importance, dans le système de gouvernance, à des mécanismes efficaces d'éducation et de formation, destinés à tous ceux qui s'occupent de recherche et d'éthique de la recherche et dotés d'un processus d'agrément correspondant aux responsabilités des différents participants;

- élaborer des normes, fondées sur l'*Énoncé de politique des trois Conseils*, les lignes directrices de la Conférence internationale d'harmonisation relatives aux essais cliniques sur des sujets humains et d'autres normes pertinentes canadiennes et étrangères, pouvant servir de base à l'autorisation ou à l'agrément des fonctions ou des comités d'éthique de la recherche à un niveau correspondant aux attentes des Canadiens et aux normes d'autres pays;

- veiller à l'actualisation de l'*Énoncé de politique des trois Conseils* et à son maintien à l'avant-garde des politiques internationales régissant l'éthique ou la recherche sur des sujets humains;

- faire disparaître les incohérences entre les différentes politiques qui régissent actuellement la recherche sur des sujets humains et faire concorder les normes canadiennes avec celles d'autres pays qui influent sur la recherche canadienne;

- établir un processus d'autorisation ou d'agrément des fonctions d'éthique de la recherche, qui soit indépendant du gouvernement, mais qui soit clairement tenu de lui rendre compte de son activité;

- élaborer le système de gouvernance dans le cadre de consultations de fond ouvertes et transparentes avec les intervenants.

Que tous les ministères et organismes fédéraux imposent le respect des normes du Conseil canadien de protection des animaux dans :

- toute la recherche effectuée dans des installations fédérales;

- toute la recherche financée par des ministères et organismes fédéraux, mais effectuée en dehors des installations fédérales;

- toute la recherche effectuée sans financement fédéral en dehors des installations fédérales, mais dont les résultats sont présentés au gouvernement fédéral ou sont utilisés par lui dans l'exercice de fonctions prévues par voie législative.

La protection des renseignements personnels sur la santé

Que des règlements comme celui que proposent les Instituts de recherche en santé du Canada fassent l'objet de l'étude la plus complète et la plus équitable possible dans le cadre des discussions qui se tiendront sur les moyens de clarifier et de préciser la loi, afin d'en atteindre les objectifs sans entraver d'importantes recherches destinées à améliorer la santé des Canadiens et à leur assurer de meilleurs services de santé.

Que des discussions se poursuivent entre les intervenants, le commissaire à la protection de la vie privée *et* les ministères fédéraux et provinciaux qui s'occupent de la prestation, de la gestion, de l'évaluation et de l'assurance de la qualité des services de santé.

Que le gouvernement fédéral, par l'entremise des Instituts de recherche en santé du Canada et de Santé Canada et de concert avec d'autres intervenants intéressés, élabore et mette en œuvre un programme de sensibilisation du public destiné à assurer une meilleure compréhension :

- de la nature et de la raison d'être des grandes bases de données contenant des renseignements médicaux personnels, qui doivent être tenues pour assurer le fonctionnement d'un système public de soins de santé;

- du besoin essentiel de faire une utilisation secondaire de telles bases de données aux fins de la recherche en santé et de la gestion des soins.

Que le gouvernement fédéral, par l'entremise des Instituts de recherche en santé du Canada et de Santé Canada et de concert avec d'autres intervenants intéressés, se charge de favoriser :

- une discussion et un examen réfléchis des questions éthiques, concernant notamment le consentement éclairé, que pose l'utilisation secondaire des renseignements médicaux personnels aux fins de la recherche en santé et de la gestion des soins;

- une étude approfondie des mécanismes de contrôle et d'examen nécessaires pour s'assurer que les bases de données contenant des renseignements médicaux personnels sont efficacement créées, tenues et protégées et que leur utilisation aux fins de la recherche en santé et de la gestion des soins est faite d'une manière ouverte, transparente et responsable.

Que les Instituts de recherche en santé du Canada, en partenariat avec le secteur privé et d'autres intervenants, continuent d'étudier les aspects éthiques des relations entre les secteurs afin de veiller à ce que la collaboration et les partenariats jouent dans l'intérêt de tous les Canadiens.

CHAPITRE TREIZE

UNE POLITIQUE PUBLIQUE « PRO-SANTÉ » – LA SANTÉ AU-DELÀ DES SOINS DE SANTÉ

Stratégies nationales de prévention des maladies chroniques

Que le gouvernement fédéral, de concert avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et en consultation avec les principaux intervenants (dont l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada), mette en œuvre une stratégie nationale de prévention des maladies chroniques;

Que cette stratégie s'inspire des initiatives en cours, mais qu'elle prévoie aussi une meilleure intégration et une meilleure coordination;

Que le gouvernement fédéral consacre 125 millions de dollars par année à la stratégie nationale de prévention des maladies chroniques;

Que des objectifs précis soient fixés dans le cadre de la stratégie et que les résultats soient évalués régulièrement en fonction de ces objectifs.

Infrastructure de la santé publique

Que le gouvernement fédéral assure un leadership fort en matière de soutien, de coordination et d'intégration de l'infrastructure de la santé publique et des efforts de promotion de la santé au Canada et qu'il y affecte davantage de fonds. Il devrait consacrer 200 millions de dollars de plus à cette entreprise très importante.

CHAPITRE QUATORZE

COMMENT ADMINISTRER LES FONDS SUPPLÉMENTAIRES QUE LE GOUVERNEMENT FÉDÉRAL CONSACRERA À LA SANTÉ

Que le gouvernement fédéral crée un fonds réservé aux soins de santé, distinct du Trésor. Ce fonds contiendra les recettes supplémentaires qu'il destine aux soins de santé.

Que les sommes réservées aux soins de santé ne soient consacrées qu'à la santé. De plus, qu'elles servent à opérer de véritables changements et une vraie réforme, c'est-à-dire exclusivement à étendre la couverture de l'assurance-santé et à restructurer et renouveler le système public de soins hospitaliers et de soins fournis par les médecins.

Que le conseil national des soins de santé soit chargé de conseiller le gouvernement fédéral sur la façon de dépenser les fonds réservés aux soins de santé, et que ses conseils soient rendus publics dans un rapport annuel.

Que le gouvernement fédéral soumette le fonds réservé aux soins de santé à des vérifications annuelles confiées au Bureau du vérificateur général du Canada. Que les résultats de ces vérifications soient rendus publics.

Que le gouvernement fédéral exige que les provinces et les territoires fassent rapport annuellement à la population canadienne quant à l'utilisation des sommes fédérales provenant du fonds réservé aux soins de santé.

CHAPITRE QUINZE

COMMENT GÉNÉRER DES FONDS ADDITIONNELS POUR LES SOINS DE SANTÉ

Pour financer les recommandations de ce rapport

Que le gouvernement fédéral institue une prime nationale variable au titre de la santé pour générer les recettes nécessaires au financement de la mise en œuvre des recommandations du Comité.

Pour financer les dépenses fédérales actuelles au titre des soins de santé

Que le gouvernement fédéral procède au choix d'une source de recettes réservées qu'il affectera au financement de sa contribution annuelle au programme national canadien d'assurance-santé, laquelle est actuellement évaluée à environ 62 % du TCSPS.

Que, si l'on retient la TPS comme source de recettes réservées au financement de la contribution pécuniaire actuelle du gouvernement fédéral au régime national d'assurance des soins hospitaliers et des soins dispensés par les médecins, la moitié du produit de la TPS (3,5 des 7 points de la taxe) soit réservé au secteur de la santé, de manière à permettre au gouvernement fédéral de faire une contribution additionnelle au financement du système actuel de soins hospitaliers et de soins

dispensés par les médecins. (Cela viendrait s'ajouter aux crédits fédéraux nécessaires à la mise en œuvre des recommandations énoncées dans le présent rapport.)

Que la part de chaque province et territoire de la contribution annuelle du gouvernement fédéral au financement du régime courant de soins hospitaliers et de soins dispensés par les médecins soit calculée au prorata de la population, mais corrigée pour tenir compte, d'une manière ou d'une autre, du poids démographique de la population âgée de 70 ans et plus.

CHAPITRE SEIZE

VIABILITÉ FINANCIÈRE DU SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ : LES CONSÉQUENCES DE L'INACTION

Ce chapitre ne contient pas de recommandation.

CHAPITRE DIX-SEPT

LA *LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ*

Que le gouvernement fédéral, en collaboration avec les provinces et territoires, établisse un comité permanent – soit le comité sur la couverture de l'assurance-santé publique – constitué de citoyens, d'éthiciens, de fournisseurs de soins de santé et de scientifiques.

Que ce comité ait pour mandat d'examiner les services et de recommander ceux qui doivent être couverts par l'assurance-santé publique.

Que le comité sur la couverture de l'assurance-santé publique rende compte de ses constatations et recommandations au conseil national des soins de santé.

Que, en premier lieu, le comité sur la couverture de l'assurance-santé publique soit chargé d'élaborer des normes nationales pour orienter les décisions relatives à la couverture publique des soins de santé.

Que le comité sur la couverture de l'assurance-santé publique soit chargé de déterminer les paramètres nationaux applicables aux soins à domicile post-hospitaliers et aux soins palliatifs dispensés à domicile.

Que le gouvernement fédéral adopte une nouvelle loi portant création de la garantie nationale de soins de santé. La nouvelle loi comprendra une définition de la notion d'« accès en temps opportun » que prévoit une telle garantie.

Que le principe de gestion publique contenu dans la *Loi canadienne sur la santé* soit maintenu à l'égard des services hospitaliers et médicaux assurés par l'État, c'est-à-dire qu'un seul assureur – soit le gouvernement – paie les services publics hospitaliers et médicaux dispensés par des fournisseurs ou des établissements de soins de santé publics ou privés.

Que le gouvernement fédéral, par l'intermédiaire de Santé Canada, précise la notion de gestion publique en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* de façon à reconnaître explicitement que ce

principe s'applique à la gestion de l'assurance-santé publique et non à la prestation des services de santé assurés par l'État.

Que le gouvernement fédéral adopte de nouvelles mesures législatives pour mettre en oeuvre une couverture des coûts exorbitants de médicaments de prescription, des soins à domicile post-hospitaliers et de certains soins palliatifs à domicile. Ces nouvelles mesures doivent énoncer explicitement les conditions relatives à la transparence de la prise de décisions et à la reddition de comptes.

ANNEXE B

LIST DES PRINCIPES DU VOLUME CINQ (AVRIL 2002)

Les principes suivants, qui ont été énoncés dans le volume cinq, ont guidé le Comité à développer le plan d'action détaillé qui est présenté dans ce rapport.

L'ASSUREUR :

1. Les services hospitaliers et les services dispensés par un médecin couverts par la *Loi canadienne sur la santé* sont financés (assurés) exclusivement par le gouvernement, directement ou par l'intermédiaire d'un organisme indépendant.

2. Le montant des fonds publics consacrés à l'assurance des soins de santé publics est stable et prévisible.

3. Le gouvernement fédéral joue un rôle de premier plan dans le maintien d'un système national d'assurance-santé.

4. La détermination des services couverts par l'assurance-santé publique se fait d'une façon ouverte et transparente. Les services de santé couverts par la *Loi canadienne sur la santé* sont assurés par l'État. Les autres services de santé continuent d'être financés à partir de sources publiques et privées, comme c'est déjà le cas.

5. Le gouvernement fédéral contribue en permanence au financement des technologies de la santé.

6. Le gouvernement fédéral consacre davantage d'argent aux éléments du secteur de la santé et des soins de santé vis-à-vis desquels il assume d'importantes responsabilités.

7. Les conséquences des modifications du niveau ou du montant des fonds publics consacrés aux services hospitaliers et aux services dispensés par un médecin sont bien pesées par le gouvernement et expliquées en détail à la population au moment où ces changements sont effectués et annoncés.

LE FOURNISSEUR DE SOINS :

8. La méthode de rémunération des hôpitaux est modifiée durant la première phase de la réforme des soins de santé : le financement par budget annuel global est remplacé par un financement fondé sur les services dispensés.

9. Les régies régionales de la santé sont chargées de l'achat des services hospitaliers auprès des établissements de leur région.

10. La réforme des soins primaires aboutira à une médecine de groupe organisée en cliniques ouvertes 24 heures sur 24, sept jours sur sept.

11. Pour faciliter la réforme des soins primaires, les omnipraticiens ne sont plus rémunérés exclusivement à l'acte, mais au moyen d'une formule mixte qui combine la rémunération par capitation, la rémunération à l'acte et d'autres formes de rémunération.

12. De nouvelles règles concernant les champs d'activité et d'autres dispositions sont élaborées pour permettre à tous les professionnels de la santé du secteur des soins primaires d'offrir l'éventail complet des services pour lesquels ils sont formés.

13. Durant la seconde étape de la réforme des soins de santé, un « marché interne » sera probablement constitué où les équipes de soins primaires achètent, pour le compte de leurs clients, des services de santé auprès des hôpitaux et des autres établissements de santé.

14. Une stratégie nationale (et pas exclusivement fédérale) permet de garantir une offre suffisante de fournisseurs de soins de santé et une exploitation optimale de leurs services.

L'ÉVALUATEUR :

15. Les impératifs de la responsabilisation et de la transparence à l'égard du financement et de la prestation des soins de santé exigent le déploiement d'un système de dossiers de santé électroniques (DES) capable de saisir de l'information sur le rendement du système de soins de santé et ses résultats.

16. La saisie des résultats des traitements et du rendement du système de soins de santé fait partie intégrante du système d'information sur la santé. Ces activités de contrôle et d'évaluation sont réalisées par un organisme national (et non fédéral) indépendant et sont financées par l'État.

LE PATIENT :

17. Le système public de soins de santé du Canada est axé sur le patient.

18. Des mécanismes sont institués pour encourager les patients à faire un usage aussi efficace que possible des services hospitaliers et des services des médecins. Ces mécanismes excluent l'imposition de frais d'utilisation pour des services médicaux considérés comme nécessaires.

19. On accorde la priorité aux programmes qui ont pour but de responsabiliser les personnes à l'égard de leur santé. Le gouvernement fédéral peut jouer un rôle important à cet égard.

20. Un délai d'attente maximum devrait être fixé et rendu public pour chaque type d'intervention ou de traitement majeur. Une fois ce délai expiré, l'assureur (le gouvernement) engage les dépenses nécessaires pour que le patient bénéficie immédiatement de l'intervention ou du traitement en question ailleurs au Canada ou, au besoin, à l'étranger.

ANNEXE C

LISTE DES TÉMOINS

1re SESSION DE LA 37e LÉGISLATURE

Mercredi 24 avril 2002

Commission de restructuration des services de santé (Ontario) :
Dr Duncan Sinclair, ancien commissaire

Jeudi 25 avril 2002

Santé Canada :
Marcel Nouvet, sous-ministre adjoint, Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité
Michel Léger, directeur exécutif, Division des alliances stratégiques et des priorités, Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité

Mercredi 1 mai 2002

Institut canadien d'information sur la santé :
Michael Decter, président, Conseil d'administration

Lundi 6 mai 2002

Calgary Health Region :
Jack Davis, président-directeur général

À titre personnel :
Claude Forget, ex-ministre de la Santé, province de Québec

Université Dalhousie :
Dre Nuala Kenny, professeur de pédiatrie; présidente, Département de bioéthique

Hôpital St. Michael's :
Jeffrey Lozon, président-directeur général

À titre personnel :
Graham Scott, ex-sous-ministre de la Santé, province de l'Ontario

Hôpital Royal Columbian :
Dr Les Vertesi, directeur médical

Mercredi 8 mai 2002

À titre individuel :
L'honorable Monique Bégin, c.p.

Jeudi 9 mai 2002

Université Dalhousie :
Lawrence Nestman, professeur, École d'administration des services de soins de santé

Mercredi 22 mai 2002

Association médicale canadienne :
Dr Peter Barrett, ancien président
Dre Susan Hutchison, présidente, Forum des omnipraticiens.

Ontario Medical Association :
Dr Elliot Halparin, président
Dr Kenneth Sky, ancien président

Association des hôpitaux de l'Ontario :
Mark Rochon, membre, Comité de défense

Association canadienne des institutions de santé universitaires :
Glenn G. Brimacombe, président-directeur général

University Health Network :
Kevin Empey, directeur financier

Mercredi 29 mai 2002

Capital Health Authority (Edmonton) :
Dr Ken Gardener, vice-président, Affaires médicales

Réseau Santé fransikoak de l'Ontario :
Dre Ruth Wilson, présidente
Donna Segal, chef de la direction

Jeudi 30 mai 2002

Université McMaster — Centre for Health Economics and Policy Analysis (CHEPA) :
Dr. Brian Hutchison, directeur

Université de Guelph :
Brian Ferguson, professeur, Département des sciences économiques

Lundi 3 juin 2002

Département de la politique sanitaire, de la gestion et de l'évaluation des soins de l'Université de Toronto :
Raisa Deber
Université de la Colombie-Britannique :
Robert G. Evans, Département des sciences économiques et Centre pour la recherche sur les services et les politiques sanitaires

Fédération des contribuables canadiens :
Walter Robinson, directeur fédéral

Conference Board du Canada :
Paul Darby, directeur, Prévisions économiques

À titre personnel :
David Kelly

Mercredi 5 juin 2002

Association canadienne des soins de santé :
Sharon Sholzberg-Gray, présidente et PDG
Larry Odegard, PDG, Forum

Association canadienne des chaînes de pharmacies :
Lori Turik, vice-présidente, Affaires publiques
Deb Saltmarche, directrice de la pharmacie

Jeudi 6 juin 2002

Association des infirmières et infirmiers du Canada :
Ginette Lemire Rodger, présidente
Robert Calnan, président élu

Association des infirmières et infirmiers auxiliaires du Canada :
Kelly Kay, représentante

Mercredi 12 juin 2002

Institut C.D. Howe :
Jack Mintz, président-directeur général

Jeudi 13 juin 2002

Association canadienne des institutions de santé universitaires :
Glenn Brimacombe, PDG

Hôpital St. Michael's :
Jeffrey Lozon, président et PDG

Centre universitaire de santé McGill :
Dr Hugh Scott, directeur exécutif

Applied Management :
Bryan Ferguson, associé

Fraser Group :
Ken Fraser

Tristat Resources :
Richard Shillington, directeur

Lundi 17 juin 2002 (séance du matin)

(Par vidéoconférence)
Gouvernement du Danemark :
John Erik Petersen, chef, ministère de la Santé et de l'Intérieur
Dr Steen Friberg Nielsen, président-directeur général, Top Management Academy
Morten Hjulsager, chef de ministère, Conseil national de la santé
Dr Arne Kverneland, chef, Division de l'informatique médicale, Conseil national de la santé
À titre personnel :
Brian Herman, conseiller, Affaires politiques et culturelles, ambassade du Canada au Danemark

Lundi 17 juin 2002 (séance de l'après-midi)

Ministère de la Santé et du Mieux-être du gouvernement du Nouveau-Brunswick :
Cheryl Hansen, directrice du Programme extra-mural

Home and Community Care Evaluation and Research Centre de l'Université de Toronto :
Peter Coyte, codirecteur

Hollander Analytical Services :
Marcus Hollander, président

Du Conseil canadien des chefs d'entreprise :
David Stewart-Patterson, vice-président principal, Politiques

VOLUME CINQ (15 octobre 2001-7 mars 2002)

Lundi 15 octobre 2001

Université du Manitoba
Linda West, professeure, Asper School of Business

Frontier Centre for Public Policy :
Peter Holle, président

Western Canadian Task Force on Health Research and Economic Development :
Henry Friesen, chef d'équipe
John Foerster
Audrey Tingle
Chuck Lafrèche

Offices régionaux de la santé du Manitoba :
Bill Bryant, président, Conseil des présidents
Kevin Beresford, président, Conseil des administrateurs
Randy Lock, directeur général

Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique des soins de santé du Manitoba :
Noralou Roos

Women's Health Clinic :
Madeline Boscoe, coordonnatrice de parrainage

Hospice and Palliative Care Manitoba :
Paul Henteleff, président, Comité de parrainage
John Bond, membre, Comité de parrainage
Margaret Clarke, directrice générale

Canadian Union of Public Employees in Manitoba (CUPE) :
Paul Moist, président
Lorraine Sigurdson, coordonnatrice des soins de santé

Société franco-manitobaine :
Daniel Boucher, président-directeur général

Mardi 16 octobre 2001

Saskatchewan Registered Nurses' Association :
June Blau, présidente

Infirmières de l'Ordre de Victoria :
Bob Layne, vice-président, Planification et relations gouvernementales (région de l'Ouest)
Lois Clark, directrice générale, IOV du centre-nord de la Saskatchewan
Brenda Smith, membre du conseil d'administration national (Saskatchewan)

Association des services des soins de santé communautaires (Saskatoon) :
Kathleen Storrie, vice-présidente
Ingrid Larson, directrice des relations avec les membres

À titre personnel :
Dr John Bury

Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP) de la Saskatchewan :
Tom Graham, président, SCFP Saskatchewan
Stephen Foley, président, Conseil de la santé
John Welden, coordonnateur de la santé, Conseil de la santé

Chambre de commerce de Saskatoon :
Dave Ductchak, président
Kent Smith-Windsor, directeur général
Jodi Blackwell, directrice de la recherche et des opérations

Arthritis Society of Saskatchewan :
Sherry McKinnon, directrice exécutive
Joy Tappin, membre du conseil d'administration

Association canadienne des loisirs/parcs :
Randy Goulden, directeur exécutif, Tourisme Yorkton

Ralliement national des Métis :
Gerald Morin, président
Don Fidler, directeur, Soins de santé

Mercredi 17 octobre 2001

Premier's Advisory Council on Health (Alberta) :
Le très honorable Don Mazankowski, C.P., président
Peggy Garritty

Ministère de la Santé et des Services sociaux (Nunavut) :
L'honorable Edward Picco, ministre

Calgary Health Region :
Jack Davis, président-directeur général

Capital Health Authority :
Sheila Weatherhill, présidente-directrice générale

Canadian Practical Nurses Association :
Pat Fredrickson, présidente

Université de l'Alberta - Faculté des soins infirmiers :
Dre Donna Wilson

Health Sciences Association of Alberta :
Elisabeth Ballerman, présidente

Alberta Association of Registered Nurses :
Sharon Richardson, présidente

United Nurses of Alberta :
Heather Smith, présidente

Friends of Medicare :
Christine Burdett, présidente provinciale
Tammy Horne, membre

À titre personnel :
Kevin Taft, député, Assemblée législative de l'Alberta

Western Canada Waiting List Project :
John McGurran, directeur de projets

Primary Care Initiative :
Dre June Bergman

Alberta Consumers Association :
Wendy Armstrong

Fédération des communautés francophones et acadiennes du Canada :
George Arès, président

Conseil consultatif national sur le troisième âge :
Pat Raymaker, présidente

Alberta Council on Aging :
Neil Reimer, secrétaire-trésorier

Nechi Institute :
Richard Jenkins, directeur de la commercialisation et de la promotion de la santé
Ruth Morin, présidente-directrice générale

Executive of the Alberta and Northwest Conference of the United Church of Canada - Health Advisory Committee :
Louise Rogers
Kent Harold
Don Junk

Jeudi 18 octobre 2001

Saskatchewan Committee on Medicare :
Ken Fyke, président sortant

Tommy Douglas Research Institute :
Dave Barrett, président
Marc Eliesen, coprésident

Market-Media International Corporation :
Joan Gadsby, présidente

Université de la Colombie-Britannique – Médecine familiale, Programme de résidence :
Dr J. Galt Wilson, directeur des programmes - Site Prince George

Université de la Colombie-Britannique :
Dr John A. Cairns, doyen de la médecine
Dre Joanna Bates, doyenne associée, Admissions

Conseil des professions de la santé :
Dianne Tingey, membre
Gerry Fahey, directeur exécutif

Cambie Surgery Centre :
Dr Brian Day, fondateur

À titre personnel :
Cynthia Ramsay, économiste de la santé

Health Association of British Columbia :
Lorraine Grant, présidente du conseil d'administration
Lisa Kallstrom, directrice générale

Université de la Colombie-Britannique :
Professeur John H.V. Gilbert, coordonnateur des sciences de la santé

Université de la Colombie-Britannique - Vancouver Hospital and Health Sciences Centre :
Professeur Charles Wright, Centre for Clinical Epidemiology and Evaluation

Université de la Colombie-Britannique - Centre for Health Services and Policy Research :
Professeure Barbara Mintzes

Professional Association of Residents of British Columbia :
Dre Kristina Sharma

Vendredi 19 octobre 2001

Association médicale canadienne :
Dr Peter Barrett, président sortant
Dr Arun Garg, président, Conseil de la politique et de l'économique de la santé

Association médicale de la Colombie-Britannique :
Dre Heidi Oetter, présidente
Darrell Thomson, directeur, Analyse de l'économique et de la politique

Université de la Colombie-Britannique - Anxiety Disorders Unit, Department of Psychiatry :
Dr Peter D. McLean, professeur et directeur

Maples Surgical Centre (Manitoba) :
Dr Mark Godley

Lundi 29 octobre 2001

Canadian Radiation Oncology Services :
Dr Thomas McGowan, président et directeur médical

Fédération des contribuables canadiens :
Walter Robinson, directeur fédéral

Conseil canadien des Églises :
Stephen Allen, membre de la Commission justice et paix et coprésident de la Commission oecuménique sur les soins de la santé

Buffett Taylor Associates Ltd., société d'experts-conseil en avantages sociaux et en mieux-être au travail :
Edward Buffet, président-directeur général

À titre personnel :
Dr Michael M. Rachlis

Medical Reform Group :
Dr Joel Lexchin

At Work Health Solutions Inc. :
Dr Arif Bhimji, président
Gery Barry, président et directeur général de Liberté Santé

Association des consommateurs du Canada :
Jean Jones, présidente du Comité sur la santé
Mel Fruitman, président

Ontario Association of Optometrists :
Dr Joseph Chan, président

Instruments Médicaux du Canada (MEDEC) :
Peter Goodhand, président

AstraZeneca :
Gerry McDole, président-directeur général

Comcare services de santé :
Mary Jo Dunlop, président

Hôpital St-Michael :
Jeffrey Lozon, président-directeur général

Association des centres de santé de l'Ontario :
Gary O'Connor, directeur général

Association médicale de l'Ontario :
Dr. Kenneth Sky, président

Société d'Arthrite :
Denis Morrice, président et directeur général

SAUVE-QUI-PENSE :
Dr Robert Conn, président et directeur général

Société canadienne du cancer :
Dr Barbara Whylie, directrice, Politique de contrôle
Mme Cheryl Mayer, directrice, Programmes de lutte contre le cancer

Association ontarienne des services de rétablissement en toxicomanie et Association d'intervention auprès des toxicomanes :
Jeff Wilbee, directeur général

Mardi 30 octobre 2001

Institut canadien d'information sur la santé :
Michael Decter, président, conseil d'administration

Association des hôpitaux de l'Ontario :
David MacKinnon, président directeur général

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario :
Doris Grinspun, directrice exécutive

Université McMaster, Département d'économie :
Jeremiah Hurley, professeur

Université de Toronto, Département des sciences de la santé publique :
Dr. Cameron Mustard, professeur

Université de Toronto :
Colleen Flood, professeur

Drug Trading Company Limited :
Larry Latowsky, président directeur général
Jane Farnharm, vice-présidente, Pharmacie

Association des pharmaciens du Canada :
Ron Elliott, président

GlaxoSmithKline :
Geoffrey Mitchinson, vice-président, Relations publiques

Medtronic :
Donald A. Hurley, président

Association canadienne des personnes retraitées :
Lillian Morgenthau, présidente et co-fondatrice
Dr. Bill Gleberzon, directeur exécutif associé

Association canadienne pour l'intégration communautaire :
Cheryl Gulliver, présidente
Connie Laurin-Bowie
Margot Easton

Institut Roeher :
Cameron Crawford, président

À titre individuel :
Clement Edwin Babb
Robert S. W. Campbell

Mercredi 31 octobre 2001

À titre personnel :
L'honorable Claude Forget
L'honorable Claude Castonguay
André-Pierre Contandriopoulos, professeur, Faculté de médecine, Université de Montréal

Hôpital Hôtel-Dieu de Québec :
Dr Serge Boucher

Conseil du patronat du Québec :
M. Gilles Taillon, président

Chambre de commerce du Canada :
Mme Nancy Hughes Anthony, présidente-directrice générale
M. Michael N. Murphy, vice-président principal, Politiques

À titre personnel :
M. Jean-Luc Migué
M. Lee Soderstrom, professeur, Département d'économie, Université McGill

Institut économique de Montréal :
M. Michel Kelly-Gagnon, directeur exécutif
Dr Edwin Coffey, professeur adjoint retraité de la Faculté de médecine, Université McGill, et ex-président de l'Association médicale du Québec

Fondation Frosst pour les soins de santé :
Dr Monique Camerlain, présidente du conseil d'administration
Mme Janet Castonguay, directrice exécutive

Jeudi 1 novembre 2001

Association des optométristes du Québec :
Langis Michaud, président
Marie-Josée Crête, directrice générale adjointe
Clairmont Girard, conseiller

Collège des médecins du Québec :
Dr Yves Lamontagne, président
Dr André Garon, secrétaire général délégué

À titre individuel :
Robert Dorion

Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes :
Mark Daniels, président
Greg Traversy, vice-président-directeur général
Yves Millette, vice-président senior, Affaires (Québec)
Frank Fotia, vice-président, Assurance collective

À titre individuel :
Dr Margaret A. Somerville, directrice intérimaire, McGill Centre for Medicine, Ethics and Law, Université McGill
Robyn Tamblyn, professeur agrégé, Département d'économie, Université McGill

Merck Frosst Canada Ltée :
Kevin Skilton, directeur, Politique et planification
Terrance Montague, directeur, Politique en matière de santé

Association québécoise des droits des retraités (AQDR) :
Ann Gagnon, conseillère sur la santé
Yolande Richer, vice-présidente, Communications
Myroslaw Smereka, directeur général

Lundi 5 novembre 2001

Ministère de la Santé et des services communautaires, Terre-Neuve :
Robert C. Thompson, sous-ministre
Beverly Clarke, sous-ministre adjointe
Catherine Donovan

Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada :
Mme Patricia Pilgrim, présidente, Région de St. John's
Mme Bernice Blake Dibblee, directrice exécutive, Région de St. John's

Association des infirmières et infirmiers diplômés de Terre-Neuve et du Labrador :
Mme Sharon Smith, présidente

Syndicat canadien de la fonction publique, Terre-Neuve :
M. Wayne Lucas, président

À titre personnel :
Mme Maud Peach

Institut national du cancer du Canada :
M. Roy West, président

Weight Watchers :
Mme Marlene Bayers, directrice régionale

Fondation de Terre-Neuve pour le traitement et la recherche sur le cancer :
Mme Bertha H. Paulse, présidente-directrice générale

À titre personnel :
Mme Karen McGrath, directrice générale, ministère de la Santé et des services communautaires, Région de St. John's (Terre-Neuve)

Mardi 6 novembre 2001

Travailleurs canadiens de l'automobile :
Cecil Snow, président, Nova Scotia Health Care Council

Nova Scotia Association of Health Organizations :
Robert Cook, président-directeur général

Bureau d'assurance du Canada :
George Anderson, président-directeur général
Paul Kovacs, premier vice-président des politiques et économiste en chef

Coalition canadienne contre la fraude à l'assurance :
Mary Lou O'Reilly, directrice générale

Atlantic Institute for Market Studies :
Le Dr David Zitner, professeur associé en matière de politique de santé

Université Dalhousie :
Dre Nuala Kenny, professeure de pédiatrie et présidente, Département de bioéthique
Dr Vivek Kusumakar, responsable du groupe de recherche sur les troubles de l'humeur, Département de psychiatrie
Lawrence Nestman, professeur, École d'administration des soins de santé, Faculté des professions de la santé
Dr Thomas Rathwell, professeur et directeur, Faculté des professions de la santé
Dr Desmond Leddin, chef, Division de la gastro-entérologie

Dr George Kephart, directeur, Unité de recherche en santé de la population, Département de la santé communautaire et de l'épidémiologie
Dr Kenneth Rockwood, Faculté de médecine, Division de la médecine gériatrique

Nova Scotia Valley Caregivers Support Group :
Maxine Barrett

Elizabeth May Chair in Women's Health and the Environment, Université Dalhousie :
Sharon Batt, présidente

Feminists for Just and Equitable Public Policy :
Georgia MacNeil, présidente

Cape Breton Regional Health Care Complex :
John Malcolm, chef de la direction
Dr Mahmood Naqvi, directeur médical, Installation régionale du Cap-Breton

Capital District Health Authority :
Le Dr John Ruedy, vice-président, Affaires académiques

Association médicale canadienne :
Le Dr Henry Haddad, médecin, président
Bill Tholl, secrétaire général
Le Dr Bruce Wright, président, Medical Society of Nova Scotia
La Dre. Dana W. Hanson, président élu

Conseil santé communautaire de Cobequid :
Ryan Sommers

Santé Canada :
Anne-Marie Léger, analyste des politiques

Mercredi 7 novembre 2001

Ministère des Sciences et des Services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard :
L'honorable Jamie Ballem, M.A.L., ministre

P.E.I. Seniors Advisory Council :
Heather Henry-MacDonald, présidente

Syndicat canadien de la fonction publique, Division de l'Î.-P.-É. :
Bill A. McKinnon, représentant national
Donalda MacDonald, présidente
Raymond Léger, responsable de la recherche

Ministère de la Santé et des services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard :
Mary Hughes-Power, directrice, Soins intensifs et de longue durée
Deborah Bradley, gestionnaire, Politique de santé publique
Dr Don Ling, directeur, Services médicaux
Rory Francis, sous-ministre
Bill Harper, sous-ministre adjoint
Jean Doherty, coordinatrice, Communications
Susan Maynard, planificatrice principale, Services de santé
Kathleen Flanagan-Rochon, coordonnatrice, Services communautaires

Collège des médecins de famille du Canada :
Dr Peter MacKean, président du conseil d'administration

Queen Elizabeth Hospital :
Iain Smith, coordonnateur, Utilisation des médicaments

Prince Edward Island Pharmacy Board :
Mme Neila Auld, directrice exécutive

Queen's Regional Health Authority :
Sylvia Poirier, présidente

West Prince Regional Health Authority :
Ken Ezeard, directeur général

Southern King's Health Authority :
Betty Fraser, directrice générale

Centre de santé communautaire Évangéline :
Elise Arsenault, coordinatrice

East Prince Regional Health Authority :
David Riley, directeur général

Université Dalhousie :
Dr Stan Kutcher, chef, Département de la santé communautaire et de l'épidémiologie/psychiatrie

Jeudi 8 novembre 2001

Faculté des sciences infirmières de l'Université du Nouveau-Brunswick :
Dre Margaret Dykeman

Association des soins de santé du Nouveau-Brunswick :
M. Robert Simpson, président-directeur général

Association canadienne des chaînes de pharmacies :
Sherry Porter, représentante pour les Maritimes
Sandra Aylward, vice-présidente, Services pharmaceutiques

À titre personnel :
Dr Russell King, ancien ministre de la Santé du Nouveau-Brunswick
William Morrissey, ancien sous-ministre de la Santé du Nouveau-Brunswick

Applied Management :
Bryan Ferguson, associé

Société des Acadiens et Acadiennes du Nouveau-Brunswick :
Daniel Thériault, directeur général

Association canadienne des Snowbirds :
Bob Jackson, président

Fédération des citoyens aînés du Nouveau-Brunswick Inc. :
Helen Ladouceur, membre
Eileen Malone, membre

Association catholique canadienne de la santé :
Mme Sandra Keon, secrétaire-trésorière et vice-présidente des programmes cliniques de l'hôpital de Pembroke

Forces policières de Miramichi :
Caporal M. Michael Gallagher, Division des drogues
Syndicat canadien de la fonction publique, Nouveau- Brunswick :
Raymond Léger, représentant de la recherche

Association nationale des retraités fédéraux :
Rex G. Guy, président national
Roger Heath, agent de recherche et des communications

Union des Indiens du Nouveau-Brunswick :
Nelson Solomon, directeur de la santé
Wanda Paul Rose, coordonnatrice
Norville Getty, expert-conseil

Association des infirmières et infirmiers du Nouveau- Brunswick :
Roxanne Tarjan, directrice générale

Jeudi 21 février 2002

La Fédération canadienne des syndicats des infirmières et infirmiers :
Kathleen Connors, présidente

Coalition canadienne de la santé :
Dr. Arnold Relman, ancien rédacteur en chef, *New England Journal of Medicine*
Michael McBane, coordonnateur national

Association nationale des retraités fédéraux :
Rex G. Guy, président national
Roger Heath, agent de recherche et de communications

Jeudi 7 mars 2002

Association canadienne des soins de santé :
Sharon Sholzberg-Gray présidente directrice générale
Kathryn Tregunna, directrice, Élaboration des politiques

Congrès du travail du Canada :
Kenneth V. Georgetti, président
Cindy Wiggins, recherchiste principale, Direction des politiques sociales et économiques

VOLUME TROIS (28 mai 2001-14 juin 2001)

Lundi 28 mai 2001
(par vidéoconférence)

Ministère de la santé, du bien-être et des sports des Pays-Bas :
Dr. Hugo Hurts, directeur adjoint, Division de l'assurance-santé

Institut international d'études sociales des Pays-Bas :
Dr. James Bjorkman

Jeudi 7 juin 2001 (9 heures)
(par vidéoconférence)

Parlement suédois (Riksdag) :
Lars Elinderson, Membre suppléant, Comité de la santé et du bien-être

Lundi 11 juin 2001
(par vidéoconférence)

Ministère de la santé de l'Allemagne :
Georg Baum, directeur général, chef du conseil d'administration soins de santé
Dr. Margot Faelker, directrice adjointe, section des questions financières relatives à l'assurance-santé reglementaire
Dr. Rudolf Vollmer, directeur général, chef du conseil d'administration, Assurance des soins infirmiers à long terme

Royaume-Uni – Ministère de la santé – Division de la recherché opérationnelle et économique :
Clive Smee, conseiller économique en chef

Université de Birmingham :
Chris Ham, professeur et directeur, Centre de gestion des services de santé

London School of Economics :
Julien LeGrand, professeur de politique sociale , soins de santé et sociaux LSE Richard Titmuss

Mardi 12 juin 2001
(par vidéoconférence)

Institut australien de la santé et du bien-être :
Dr. Richard Madden, directeur

Australian Health Insurance Association :
Russel Schneider, PDG

National Centre for Epidemiology and Population Health – Australian National University
Dr. Tony Adams, professeur en santé publique

Health Insurance Commission :
Dr. Brian Richards

Association médicale de l'Australie :
Dr. Carmel Martin, directeur
Dr. Roger Kilham

Mercredi 13 juin 2001

Santé Canada :
Ake Blomqvist, professeur invité, Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité et professeur, Université of Western Ontario

Université de Calgary :
Professeur Cam Donaldson, Département d'économie

Université de Toronto (par vidéoconférence) :
Professeur Colleen Flood, Faculté de droit

À titre individuel :
Claude Forget

Université de Toronto :
Professeur Mark Stabile, Département d'économie
Professeur Carolyn Tuohy, Département de sciences politiques

Jeudi 14 juin 2001
(par vidéoconférence)

U.S. Department of Health and Human Services :
Christine Schmidt, adjointe du secrétaire adjoint délégué à la politique en matière de santé, Bureau du secrétaire adjoint, Planification et évaluation
Ariel Winter, analyste
Tanya Alteras, analyste

VOLUME DEUX (21 mars 2001-7 juin 2001)

Mercredi 21 mars 2001

Statistique Canada :
Réjean Lachapelle, directeur, Direction de la démographie
Jean-Marie Berthlot, chef, Groupe d'analyse et de modélisation de la santé, Division des études sociales et économiques
Brian Murphy, analyste principal de recherche, Groupe de la modélisation socio-économique

Institut canadien des actuaires :
David Oakden, président
Rob Brown, membre de la Commission d'étude sur le financement des soins de santé
Daryl Leech, président, Comité des soins de santé

Conseil consultatif national sur le troisième âge :
Dr. Michael Gorodn, membre

Conference Board of Canada :
James G. Frank, Ph.D., économiste en chef et vice-président
Glenn Brimacombe, directeur du programme sur la santé

Jeudi 22 mars 2001

Institut C.D. Howe :
William B.P. Robson, vice-président et directeur de la recherche

Université McMaster :
Byron G. Spencer, professeur

Université d'Ottawa :
Dr. William Dalziel

Mercredi 28 mars 2001

IMS Health Canada :
Dr. Roger A. Koeman, président

Association des pharmaciens du Canada :
Dr. Jeff Poston, directeur exécutif

Health Promotion Research :
Dr. Robert Coamba, président et PDG

Santé Canada :
Barbara Ouellet, directrice, Soins à domicile et produits pharmaceutiques, Direction générale des politiques et de la consultation

Jeudi 29 mars 2001

Association canadienne des radiologistes :
Dr. John Radomsky

Office canadien de coordination de l'évaluation des technologie de la santé :
Dr. Jill Sanders, présidente et PDG

L'institut Fraser :
Martin Zelder, directeur de la recherche sur les politiques de santé

À titre individuel :
Professeur David Feeny

Mercredi 4 avril 2001

Santé Canada :
Dr. Christina Mills, directrice générale, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques – Direction de la santé de la population et de la santé publique
Dr. Paul Gully, directeur général par intérim, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses
Dr. Clarence Clottey, directrice par intérim, Division du diabète, Bureau des maladies cardio-respiratoires et du diabète, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques
Nancy Garrard, directrice, Division du vieillissement et des aînés

Université Dalhousie :
Dr. David MacLean, chef de département, Santé communautaire et épidémiologie

Jeudi 5 avril 2001

Santé Canada :
Abby Hoffman, directeur général, Direction des soins de santé – Direction générale de la politique de la santé et des communications
Cliff Halliwell, directeur général, Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité
Nancy Garrard, directrice, Division du vieillissement des aînés

Jeudi 26 avril 2001

Instituts de recherche en santé du Canada :
Dr. Alan Bernstein, président

Santé Canada :
Kimberly Elmslie, directrice exécutive par intérim, Secrétariat de recherche en santé

Statistique Canada :
T. Scott Murray, directeur général, Direction de statistique sociale et des institutions

Mercredi 9 mai 2001

Les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada :
Murray Elston, président

Coalition pour la recherche biomédicale et en santé :
Dr. Barry McLennan, président
Charles Pitts, directeur exécutif

Centre d'excellence pour la santé des femmes :
Dr. Pat Armstrong

Réseau canadien sur les maladies génétiques :
Dr. Ronald Worton, PDG et directeur scientifique

Jeudi 10 mai 2001

Santé Canada :
William J. Pascal, directeur général, Bureau de la santé et de l'inforoute, Direction générale de l'inforoute, de l'information, de l'analyse et de la connectivité

Institut canadien d'information sur la santé :
Dr. John S. Millar, vice-président, Recherche et analyse

Société canadienne de télésanté :
Dr. Robert Filler, président

Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau Brunswick :
David Cowperthwaite, directeur du système d'information

Mercredi 16 mai 2001

Association médicale canadienne :
Dr. Peter Barrett, président

Forum médical canadien, Groupe de travail 1 :
Dr. Hugh Scully, président

Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur les Ressources humaines en santé :
Dr. Thomas Ward, président

Association des infirmières et infirmiers du Canada :
Sandra MacDonald-Remecz, directrice de la politique, de la réglementation et de la recherche

La Fédération canadienne des syndicats des infirmières et infirmiers :
Kathleen Connors, présidente

Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec :
Régis Paradis, président

Nurse Practitioners Association of Ontario :
Linda Jones

Sociétés canadiennes en radiation et imagerie médicale :
Dr. Paul C. Johns, ancien président

Association chiropratiques canadienne :
Tim St. Dennis, président

Société canadienne de science de laboratoire médical :
Kurt Davis, directeur exécutif

Jeudi 17 mai 2001

Association canadienne de soins et services à domicile :
Nadine Henningsen, directrice exécutive

Association canadienne de soins et services communautaires (ACSSC) :
Dr. Taylor Alexander, président

Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada (VON Canada) :
Diane McLeod, vice-présidente, Planification des politiques et Relations gouvernementales, Région centrale

Mercredi 30 mai 2001

Santé Canada :
Ian Potter, sous-ministre adjoint, Direction générale des Première nations et des Inuits
Jerome Berthelette, conseiller spécial, Bureau du conseiller spécial en matière de santé des Autochtones, Direction générale des Premières nations et Inuits
Dr. Peter Cooney, Directeur général intérimaire, Services de santé non assurés

Affaires indiennes et du Nord Canada :
Chantal Bernier, sous-ministre adjointe, Programmes et politiques socio-économiques
Terry Harrison, directrice, Services sociaux et justice

Assemblée des Premières Nations :
Elaine Johnston, directrice, Soins de santé

Ralliement national des Métis :
Gerald Morin, président

Association des femmes autochtones du Canada :
Michelle Audette, présidente intérimaire et présidente des Femmes autochtones du Québec

Congrès des Peuples Autochtones :
Scott Clark, président, United Native Nations

Inuit Tapirisat du Canada :
Larry Gordon, membre ITC, Comité de la santé

Pauktuutit Inuit Women's Association :
Veronica N. Dewar, présidente

Organisation nationale sur la santé des Autochtones
Dr. Judith Bartlett, présidente
Richard Jock, directeur exécutif

Instituts de recherche en santé du Canada :
Dr. Jeff Reading, directeur scientifique, Institut de la santé des Autochtones

Wikwemikong Health Centre :
Ron Wakegijig, guérisseur

Organisation nationale des représentants indiens et inuit en santé communautaire
Margaret Horn, directrice exécutive

Jeudi 31 mai 2001

Santé Canada :
Dr. John Wooton, conseiller spécial en santé rurale, Direction générale de la population et de la santé publique

Association médicale canadienne :
William Tholl, secrétaire général et président-directeur général

Société de la médecine rurale du Canada :
Dr. Peter-Hutten-Czapski, président

Consortium for Rural Health Research :
Dr. Judith Kulig

Mercredi 6 juin 2001

Université d'Ottawa :
Professeur Martha Jackman, Faculté de droit

Université de Calgary : (par vidéoconférence)
Professeur Sheilah Martin, Faculté de droit

Jeudi 7 juin 2001 (11 h 00)

Santé Canada :
Nancy Garrard, directrice générale intérimaire, Centre pour le développement de la santé humaine, Direction générale de la population et de la santé publique
Tom Lips, conseiller principal en matière de politique pour la santé mentale, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique
Carl Lakaski, analyste principal, Santé mentale, Division des stratégies en matière de ressources humaines en santé, Direction générale de la politique de la santé et des communications

Société canadienne de psychologie :
Dr. John Service, directeur exécutif

Alliance pour la maladie mentale et la santé mentale canadienne :
Phil Upshall, coordinateur

Association canadienne pour la santé mentale :
Bonnie Pape

Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick :
Ken Ross, sous-ministre adjoint, Service de santé mentale

VOLUME UN (2 mars 2000-21 septembre 2000)
(2e session, 36e parlement)

Jeudi 2 mars 2000

Université de Toronto, Faculté de l'administration de la santé :
Raisa Deber, professeure

Santé Canada :
Dr. Robert McMurtry, *Chair G.D.W. Cameron*

Groupe d'intervention action santé (HEAL) :
Sharon Sholzberg-Gray, coprésidente
Dr. Mary Ellen Jeans, coprésidente

Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques :
Sholom Glouberman, directeur, Réseau de la santé

Mercredi 22 mars 2000

Founder's Network :
Dr. Fraser Mustard

Goldfarb Consultants :
Dr. Scott Evans, consultant principal en statistique

Environics Research Group :
Chris Baker, vice-president

Santé Canada :
Wendy Watson-Wright, directrice générale, Direction des politiques et des projets majeurs – Direction générale de la promotion et des programmes de la santé

Jeudi 23 mars 2000

Santé Canada :
Sylvain Paradis, gestionnaire intérimaire, groupe des politiques, Direction des politiques et des projets majeurs, Section de l'analyse quantitative et de la recherche – Direction générale de la promotion et des programmes de la santé
Liz Kusey, analyste des politiques, Direction des politiques et des projets majeurs – Direction générale de la promotion et des programmes de la santé
Monique Charon, directrice intérimaire, Politiques des programmes et planification, Division des politiques des programmes du Secrétariat du transfert et de la planification, Direction générale des services médicaux
Mary Johnston, consultante en éducation, Section de la politique stratégique et de la coordination des systèmes, Division de l'enfance et de la jeunesse, Direction générale de la promotion et des programmes de la santé
Julie MacKenzie, analyste principale en recherche, Section de la politique stratégique et de la coordination des systèmes, Division de l'enfance et de la jeunesse, Direction générale de la promotion et des programmes de la santé

Université Queen's– School of Policy Studies :
Keith Banting, directeur

Jeudi 6 avril 2000

Université de la Colombie-Britanique :
Robert G. Evans, directeur, Programme sur la santé de la population

Centre canadien de politiques alternatives :
Colleen Fuller

The Fraser Institute :
Martin Zelder, *directeur de la recherche sur les politiques de santé*

Mercredi 3 mai 2000

Santé Canada :
Cliff Halliwell, directeur général, Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité
Abby Hoffman, conseillère principale en politique
Frank Fedyk, directeur par intérim, Division de la Loi canadienne sur la santé, Direction des affaires intergouvernementales, Direction générale des politiques et de la consultation

Jeudi 4 mai 2000

À titre individuel :
Tom Kent

Université de Toronto :
Michael Bliss, professeur

Mercredi 10 mai 2000

Université Western Ontario:
Ake Blomqvist, professeur

Université de Toronto :
Colleen Flood, professeure
Mark Stabile, professeur

Jeudi 11 mai 2000

Institut canadien d'information sur la santé :
John S. Millar, vice-président, Recherche et analyse

Université McGill :
Margaret Somerville, professeure

Université de l'Alberta :
Laura Shanner, professeure

Mercredi 17 mai 2000

À titre individuel :
L'honorable Marc Lalonde, P.C.

Mercredi 31 mai 2000

À titre individuel :
L'honorable Monique Bégin, P.C.

Mercredi 7 juin 2000

Ministère des Finances :
Guillaume Bissonnette directeur principal, Direction des relations fédérales-provinciales et de la politique sociale
Barbara Anderson, directrice, Division des relations fédérales-provinciales et de la politique sociale

Jeudi 21 septembre 2000

À titre individuel :
Graham Scott, ancien sous-ministre de la Santé, province de l'Ontario

❖ ❖ ❖

AUTRES MÉMOIRES REÇUS :

Abell Medical Clinic
Action cancer Ontario - Division de l'oncologie préventive
Alberta Centre for Injury Control and Research
Amgen Canada Inc.
Association canadienne des Fabricants de Produits Pharmaceutiques
Association des facultés de médecine du Canada
Association canadienne des hygiénistes dentaires
Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU)
Association canadienne des médecins résidents
B.C. Better Care Pharmacare Coalition
Patricia Baird
Bruce Bigham
Brain Injury Association of Nova Scotia
Robert D. Brown et Michanne Haynes
Canada West Foundation
Chemical Sensitivities Information Exchange Network Manitoba (CSIENM)
Coalition canadienne des aidante et aidants naturels
Comité exécutif de l'Association de compté du Nouveau parti démocratique de Ancaster-Dundas-Flamborough-Aldershot
Compagnies de recherche pharmaceutique du Canada
Conestoga College (Pat Bower, moniteur de cours)
Conseil canadien sur les soins de santé intégrés
Laurent Desjardins
Faith Partners (Ottawa)
Federation of Medical Women in Canada
Sandra Finley
Fondation canadienne du rein
Fondation des maladies du cœur du Nouveau-Brunswick
Dr. Michael Gordon, Baycrest Centre for Geriatric Care
Serena Grant
Health Care Corporation of St.John's
Home-based Spiritual Care
Inforoute Santé du Canada
Institut de la santé de la population (Université d'Ottawa) (Dr. Joseph Losos, directeur)
Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa
Kids First Parent Association of Canada
Dr. Lee Kurisko
Caterine Lindman
Jim Ludwig
Dr. Keith Martin
Dr. Ross McElroy
Dr. Malcom S. McPhee
Meals on Wheels of Calgary
Medbuy Corporation
Verna Milligan
Moose Jaw-Thunder Creek District Health Board
Dr. Earl B. Morris
Fran Morrison
John Neilson
Ontario Chamber of Commerce
Ontario Psychological Association
Roy L. Piepenburg (Liberation Consulting)

Red Deer Network in Support of Medicare
Réseau et centre Cochrane canadien
Dr. Robert S. Russell
Société canadienne de la sclérose en plaques
Société canadienne du sang
Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
Stratégie nationale de lutte contre le cancer
Christa Streicher
Thames Valley District Health Council
Elaine Tostevin